

Sentencia T-421/15

DERECHO A LA SALUD DE PERSONA DE LA TERCERA EDAD Y TRATAMIENTO MEDICO INTEGRAL-Caso de enfermo de diabetes y enfermedad renal crónica/INSTRUCTIVO A EPS SOBRE TRATAMIENTO INTEGRAL DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA-Referentes normativos que la identifican como una enfermedad catastrófica/INSUFICIENCIA RENAL CRONICA-Obligaciones de los actores del SGSSS frente a su prevención, diagnóstico y tratamiento/CIRCUNSTANCIAS QUE LIMITAN LA PROTECCION DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA-Jurisprudencia y diagnóstico/LEY 972/05

DERECHO A LA AUTORIZACION OPORTUNA DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE REQUIERAN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA/PRINCIPIO DE CONTINUIDAD E INTEGRALIDAD EN EL SERVICIO PUBLICO DE SALUD-Relación

Las circunstancias verificadas con antelación, confirman que la negativa de la EPS a autorizar oportunamente las prestaciones que los médicos tratantes del accionante prescribieron, en aras de la oportuna atención de sus enfermedades, lesionó efectivamente su derecho fundamental a la salud, en especial, de cara a las garantías de continuidad e integralidad intrínsecas a la prestación del servicio que merecen los pacientes de enfermedades catastróficas. El relato consignado en la acción de tutela, leído en el marco de lo expuesto por la EPS accionada y los médicos tratantes del peticionario en sede de revisión, da cuenta de que la conducta de la EPS quebrantó el marco constitucional y legal que protege el derecho del actor para acceder de forma oportuna a los servicios, medicamentos y procedimientos que demanda la atención de su enfermedad, así como sus derechos a recibir un tratamiento integral consecuente con su condición de sujeto de protección constitucional reforzada, a que tal tratamiento sea prestado en condiciones de continuidad y a contar con información oportuna y completa sobre el trámite de las autorizaciones de las órdenes prescritas por sus médicos tratantes. La conducta de la entidad accionada, en efecto, implicó que la posibilidad de que el accionante se sometiera a la intervención que su médico identificó como la mejor alternativa para la atención de su condición de salud se retrasara durante más de ocho meses, pese a los obvios efectos que

tal circunstancia comporta para la integridad personal de un paciente de enfermedad renal crónica.

DERECHO A TRATAMIENTO INTEGRAL DE PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA

En este punto, y ante la ausencia de un criterio jurisprudencial unificado acerca de la garantía de atención integral en estos casos, la Sala adoptará la regla de que los pacientes de enfermedad renal crónica tienen derecho a una atención integral que garantice el suministro de todas las prestaciones que requieran para que se recuperen de su patología. Esto, en armonía con lo planteado en la Ley 972 de 2005 sobre la obligatoriedad de atender a los pacientes de enfermedades catastróficas y la imposibilidad de negarles, bajo cualquier pretexto, la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria que requieren y considerando que la Resolución 3442 de 2006 contempla que los pacientes de enfermedad renal crónica deben recibir “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”.

DERECHO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA A CONTAR CON INFORMACION ACTUALIZADA Y COMPRENSIBLE ACERCA DE PREVENCION, TRATAMIENTO Y REHABILITACION

Lo expuesto en ese sentido coincide con las inquietudes que se planteó la Sala al examinar el caso del accionante. ¿Conocen los pacientes de enfermedad renal crónica las disposiciones normativas y los precedentes jurisprudenciales que garantizan su acceso oportuno e integral a las prestaciones de salud que demanda la atención y el diagnóstico de su enfermedad?, ¿Saben que la enfermedad renal crónica fue calificada como una enfermedad ruinosa o de alto costo y las obligaciones que esa circunstancia les impone a los actores del SGSSS?, ¿Conocen las Guías de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes de enfermedad renal crónica y el Modelo de Prevención adoptados por la Resolución 3442 de 2006? y, en todo caso, ¿Satisfacen la guía y el modelo las obligaciones que incumben al Estado frente a la garantía del derecho de los pacientes de enfermedad crónica a contar con la información necesaria para acceder a los servicios de salud que requieren?. Tales cuestionamientos explican la actividad

probatoria desplegada en esta sede con el objeto de indagar sobre la existencia de una política pública de atención a los factores de riesgo de la Enfermedad Renal Crónica y sobre la existencia de alguna resolución o instructivo que, a la manera de la Circular Externa 000004 de 2014, sobre la prestación del servicio de salud en personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer, imparta instrucciones con respecto a la prestación del servicio de salud en personas con sospecha o diagnóstico de enfermedad renal crónica. El Ministerio de Salud refirió, respecto del primer interrogante, que Colombia cuenta con un modelo de atención para enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, cuyo diseño comenzó a finales de 2011) y que adoptó, también, el sistema de monitoreo global propuesto por la OMS para evaluar y comparar los resultados obtenidos en la prevención y control de esos factores de riesgo, así como la capacidad de respuesta del sistema de salud. Frente al segundo, mencionó que ha avanzado en el desarrollo e implementación de documentos que establecen mejores prácticas, como el relativo a los contenidos mínimos indispensables para la gestión del riesgo renal en un programa de atención a pacientes adultos con enfermedad renal crónica, sin terapia de reemplazo. Estos y otros documentos sobre la materia, pueden encontrarse en el sitio web de la cuenta de alto costo. La Superintendencia Nacional de Salud, a su turno, mencionó respecto del primer punto los componentes del Plan Nacional de Salud Pública 2012-2020. Sobre la existencia de algún instructivo, dijo que no existe ninguna resolución o circular externa específica referente a la atención de pacientes de enfermedad renal crónica. La Sala encuentra, en efecto, que ni las Guías de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes de Enfermedad Renal Crónica ni el Modelo de Prevención, ni tampoco los documentos sobre indicadores mencionados por el Ministerio de Salud satisfacen el derecho de quienes padecen esta enfermedad a contar con información adecuada y suficiente que, de una forma sencilla y comprensible, los instruya sobre sus derechos y las obligaciones correlativas que surgen para los integrantes del SGSSS en ese sentido

PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA-Orden a Ministerio y Superintendencia de Salud, expedir instructivo con información adecuada y suficiente sobre derechos y obligaciones correlativas del SGSSS

La Sala ordenará al Ministerio de Salud y a la Superintendencia de Salud expedir, dentro de los dos meses siguientes a la notificación de esta providencia, un instructivo equivalente a

la Circular Externa 000004 de 2014, que permita que los pacientes de enfermedad renal crónica cuenten con información adecuada y suficiente sobre sus derechos y las obligaciones correlativas que surgen para los integrantes del SGSSS respecto de la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, en el marco de lo contemplado sobre el particular en la Ley 972 de 2005 y en las guías de práctica clínica y el modelo de prevención adoptados por la Resolución 3442 de 2006.

Referencia: Expediente T-4806450

Acción de tutela instaurada por Federico de los Santos Plaza Velázquez contra Coomeva EPS.

MYRIAM ÁVILA ROLDÁN

Bogotá, D.C., seis (6) de julio de dos mil quince (2015)

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por las magistradas Myriam Ávila Roldán, María Victoria Calle Correa y por el magistrado Mauricio González Cuervo, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente: SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión del fallo dictado en el asunto de la referencia por el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Maicao, el veintinueve (29) de diciembre de dos mil catorce (2014).

I. ANTECEDENTES

El señor Federico de los Santos Plaza Velázquez, de 59 años de edad, promovió acción de tutela con el objeto de que se proteja su derecho de petición, el cual habría sido vulnerado por Coomeva EPS, en el marco de los hechos que a continuación se sintetizan.

Hechos

1.1. Relató el señor Plaza que el cinco (5) de noviembre de dos mil catorce (2014) presentó un derecho de petición ante Coomeva EPS con el objeto de que le entregara las autorizaciones de varios medicamentos y exámenes clínicos pre quirúrgicos que fueron

ordenados por sus médicos tratantes y que requiere con urgencia, dado su diagnóstico de falla renal terminal y retinopatía diabética. Sin embargo, a la fecha de la interposición de la tutela (11 de diciembre de 2014), la entidad no le había dado respuesta.

1.2. Sostuvo el señor Plaza que su delicado estado de salud le exige someterse a controles periódicos por parte de médicos especialistas, a constantes intervenciones quirúrgicas y consumir medicamentos de marcas específicas, siguiendo las prescripciones de sus médicos. Pese a esto, cada vez que se presenta en las instalaciones de Coomeva EPS para reclamar la atención que requiere, recibe respuestas evasivas, las cuales considera degradantes, teniendo en cuenta que es una persona de la tercera edad que padece una enfermedad con la que cada día lucha para vivir.

1.3. En el derecho de petición que presentó ante Coomeva EPS, el actor expuso, además, que fue diagnosticado con diabetes 2, por lo cual requiere hemodiálisis tres veces por semana. Tal patología derivó en un diagnóstico de Retinopatía Diabética Proliferativa y Edema Macular Severo, por lo cual su oftalmólogo lo remitió al retinólogo. Este, a su vez, le formuló un medicamento (Ranibizumab de 10 mg/ml, presentación ampolla N° 2, uso hospitalario medicamento intravítreo para ambos ojos) que la EPS accionada solo le entregó un año después de la fecha en la que lo solicitó.

1.4. La falta del medicamento deterioró la visión del accionante, por lo cual requirió una nueva valoración por parte del médico especialista. Aunque el retinólogo le entregó varias órdenes de exámenes y de una cirugía “urgente de aspiración diagnóstica con vítreos, honorarios de anestesia, terapia antiangiogénica con lucentis ojo derecho”, la EPS volvió a retrasar durante un mes la autorización de los procedimientos.

1.5. Desde entonces, el señor Plaza se ha realizado varias valoraciones médicas, pero no ha podido someterse a la cirugía ordenada por el retinólogo, porque la EPS se ha abstenido de entregarle la autorización correspondiente. La entidad, alegó, ha puesto en riesgo su visión y ha obstaculizado la práctica de otros exámenes (evaluación de trasplante renal, cirugía de hernia inguinal, cirugía vascular y angiología) que debe realizarse en otras ciudades.

1.6. Para finalizar, precisó que el nueve de julio de 2014 asistió a una cita en la Fundación Cardio Infantil de Bogotá, donde inició un estudio de pre trasplante renal que concluyó el 14 de julio siguiente. Luego de haberse realizado los exámenes del caso, la junta médica

autorizó el trasplante, por lo cual se acercó nuevamente a Coomeva EPS con el fin de obtener las autorizaciones que requería para ser incluido en lista de espera.

1.8. Los medicamentos, exámenes y procedimientos cuya autorización reclamó el señor Plaza en el derecho de petición que le formuló a Coomeva EPS en noviembre de 2014 son los siguientes:

“1. 40586 Evaluación de donante cadavérico y rescate del órgano (24)

2. 40588 Intervención en el receptor con donante cadavérico y control post-quirúrgico del primer mes

3. Medicamento hepatitis B Engex B Ampolla I.M dosis refuerzo

4. Medicamento toxoide tetánico ampolla. Ahora y refuerzo en 3 y 6 meses

5. Vitrectomía post + retinopexia

Extracción de cataratas

Lio monofocal + Fotocoagulación ojo izquierdo

Bloqueo peribulbar

6. Recuento endotelial

7. Biometría ocular

8. Electrocardiograma

9. Exámenes de sangre

10. Valoración preanestésica

11. Ranibizumab ampolla N. 1 10 mg/ml Uso hospitalario medicamento intravítreo ojo izquierdo

12. Aspiración diagnóstica para honorarios de anestesia”

La solicitud de amparo

2. De conformidad con lo expuesto, Federico de los Santos Plaza Velázquez solicitó el amparo de su derecho fundamental de petición, con el fin de que se ordene a Coomeva EPS entregar, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la sentencia, las autorizaciones de los medicamentos y de los exámenes clínicos que necesita para ingresar a la lista de donantes para el trasplante renal que requiere con urgencia.

Pruebas relevantes aportadas al expediente

3. Junto con el escrito de tutela, el peticionario allegó los siguientes documentos:

-Copia del derecho de petición radicado en las oficinas de Coomeva EPS Maicao, el cinco (5) de noviembre de 2014, mediante el cual solicitó la autorización de los medicamentos y procedimientos ordenados por sus médicos tratantes, dado su diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal, hemorragia vítrea y retinopatía diabética (Supra 1.8.).[1]

-Copia de su cédula de ciudadanía.[2]

-Copia de la comunicación que el doctor Carlos Benavides, Cirujano de Trasplantes de la Fundación Cardio Infantil, le remite al departamento de autorización de Coomeva EPS, en la que indica que el señor Plaza fue aprobado en junta para trasplante renal y, en consecuencia, solicita que se expida la autorización para “Evaluación de donante cadavérico” e “intervención en el receptor con donante cadavérico y control post quirúrgico del primer mes”.[3]

-Copia de la epicrisis mensual del señor Plaza, de fecha 24 de mayo de 2014, suscrita por el doctor Gustavo Ahumada, de la Fundación Renal de Colombia. El documento indica que el señor Plaza es un paciente de 59 años con falla renal crónica agudizada y que se encuentra en hemodiálisis tres veces por semana, lo cual impide su desempeño laboral.[4]

-Copia de formulario para justificación del uso de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Salud (Hepatitis B Engenx B), suscrito por el doctor Carlos Benavides, Cirujano de Trasplantes de la Fundación Cardio Infantil, el 22 de agosto de 2014.[5]

- Copia de formulario para justificación del uso de medicamentos por fuera del Plan

Obligatorio de Salud (Toxoide tetánico), suscrito por el doctor Carlos Benavides, Cirujano de Trasplantes de la Fundación Cardio Infantil, el 22 de agosto de 2014.[6]

-Copia de orden de “aspiración diagnóstica y honorarios de anestesia”, suscrita el cuatro (4) de septiembre de dos mil catorce (2014) por el doctor Carlos Esteban Vélez.[7]

-Copia de fórmula suscrita por el doctor Carlos Esteban Vélez, ordenando la entrega del medicamento Ranibizumab de 10 mg/ml, presentación ampolla N° 2.[8]

Trámite de instancia

4. El Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Maicao admitió la acción de tutela formulada por el señor Plaza el doce (12) de diciembre de dos mil catorce (2014). En la misma ocasión, el despacho ordenó notificar al representante legal de Coomeva EPS sobre la solicitud de amparo y citó al accionante para escucharlo en declaración jurada el dieciocho (18) de diciembre siguiente.

Coomeva EPS no contestó la acción de tutela. La diligencia de declaración tampoco se llevó a cabo, pues el peticionario manifestó que, para la fecha prevista por el juzgado, debía asistir a una cita médica en la ciudad de Santa Marta.

El fallo objeto de revisión

5. El Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Maicao amparó, a través de sentencia del veintinueve (29) de diciembre de dos mil catorce (2014), el derecho de petición del señor Plaza. En consecuencia, le ordenó a Coomeva EPS suministrarle una respuesta escrita y de fondo, dentro de las 48 horas siguientes a la fecha en que fuera notificada de la providencia.

Actuaciones adelantadas en sede de revisión constitucional

6. El caso del señor Plaza fue seleccionado para surtir el trámite de revisión constitucional por la Sala de Selección de Tutelas Número Tres de esta corporación, mediante providencia del veintisiete (27) de marzo de dos mil quince (2015) que, además, repartió el expediente al despacho del magistrado Luis Ernesto Vargas Silva.

En la misma fecha, el magistrado sustanciador adoptó las medidas provisionales que consideró urgentes y necesarias para proteger oportunamente los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad humana y a la salud del accionante. En consecuencia, ordenó que Coomeva EPS le brindara “un tratamiento integral para la atención de sus patologías -insuficiencia renal crónica terminal, hemorragia vítrea, retinopatía diabética- sin oponer ningún tipo de obstáculo administrativo que conduzca a retrasar la práctica de los procedimientos o la entrega de los medicamentos ordenados por el médico tratante”. [10]

La providencia dispuso que dicho tratamiento integral debería incluir la entrega de las autorizaciones correspondientes a la “aspiración diagnóstica para honorarios de anestesia”; a la “Evaluación de donante cadavérico” y la “intervención en el receptor con donante cadavérico y control post quirúrgico del primer mes”, sin perjuicio de los demás procedimientos, medicamentos y tratamientos ordenados por los médicos tratantes. Así mismo, señaló que Coomeva EPS debería informar al Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Maicao y a la Sala Novena de Revisión de Tutelas sobre el cumplimiento de lo ordenado en ese sentido. Finalmente, el magistrado le solicitó al juez a quo que, si no recibía prueba de que Coomeva EPS hubiera cumplido con lo dispuesto en el auto, debería iniciar inmediatamente trámite incidental de desacato en contra del responsable de la EPS y rendir, a su vez, un informe al respecto.

7. El Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Maicao rindió el informe solicitado el quince (15) de abril de dos mil quince (2015). La juez a quo, Noreida Laudith Quintana Curiel, informó que le entregó a la accionada el oficio con copia del auto que ordenó la medida provisional y que, ante la no presentación del informe por parte de la EPS, abrió el incidente de desacato correspondiente.

8. Así las cosas, el catorce (14) de mayo de dos mil quince (2015), el magistrado sustanciador ordenó oficiar nuevamente al juzgado para que informara sobre el trámite del incidente de desacato y precisara si la EPS le había dado cumplimiento al fallo de instancia, que amparó el derecho fundamental de petición del señor Federico de los Santos Plaza Velásquez.

En la misma oportunidad, ordenó oficiar a Coomeva EPS, tanto a su oficina principal de Maicao, Guajira, como a su sede de Bogotá, con el objeto de que se pronunciara sobre la

acción de tutela, precisara si los medicamentos, procedimientos y prestaciones solicitados por el accionante están incluidos o no en el plan obligatorio de salud e informara sobre la capacidad económica del peticionario y de su grupo familiar y sobre el valor comercial aproximado de los medicamentos, procedimientos y prestaciones que reclamó, en caso de que debieran ser sufragadas por él, de conformidad con la legislación vigente.

9. Finalmente, mediante providencia del veintidós (22) de mayo de dos mil quince (2015), el magistrado sustanciador les solicitó a la Superintendencia Nacional de Salud y al Ministerio de Salud informar si las prestaciones reclamadas por el accionante se encuentran incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y absolver varios interrogantes relativos a los deberes de las entidades del Sistema de Seguridad Social en Salud de cara a la atención de la enfermedad renal crónica, considerando que se trata de una “enfermedad de alto costo o catastrófica” cuyo tratamiento, en los términos de la Resolución 3442 de 2006[11], “representa cada vez más un porcentaje mayor del gasto en salud con uso de tecnología de mediana a alta complejidad”.

Además, el magistrado sustanciador solicitó la colaboración de la Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial y de la Sección de Nefrología de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, para que se pronunciaran sobre los desafíos más importantes que enfrenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud de cara a su deber de brindarles una atención efectiva y de calidad a los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica y requirió a los médicos tratantes del señor Plaza, para que informaran a la Corte sobre las consecuencias que la negativa de Coomeva EPS a autorizar los medicamentos y procedimientos que necesita su paciente ha supuesto de cara al tratamiento que requiere. Para efectos de delimitar el ámbito de su pronunciamiento, la Sala sintetizará, en este acápite, la respuesta de la EPS accionada. Las respuestas de las entidades y profesionales que prestaron su colaboración en este trámite serán valoradas en la parte considerativa de esta providencia.

Respuesta de Coomeva EPS, Regional Caribe[12]

10. La regional Caribe de Coomeva EPS respondió a lo solicitado por el magistrado sustanciador a través de un escrito radicado en la Secretaría General de la Corte el 1º de junio de 2015, que denominó “memorial de cumplimiento al fallo de la referencia”. El

documento, suscrito por Sully Quiroz Severiche, analista jurídica de la entidad, precisa las gestiones que la EPS llevó a cabo en aras de la autorización de los medicamentos y procedimientos requeridos por el accionante, de conformidad con lo previsto en la providencia del 27 de marzo, que impuso la medida provisional.

El escrito señala qué medicamentos y procedimientos se habían autorizado hasta la fecha y las razones por las cuales no se han autorizado los demás. Lo expuesto en ese sentido se evaluará en el acápite correspondiente a la solución del caso concreto.

10.1 Además, la entidad puntualizó cuáles son las condiciones necesarias para realizar el trasplante de riñón que requiere un paciente con enfermedad renal avanzada, como el peticionario. Respecto al caso concreto del señor Plaza, señaló lo siguiente:

-La junta médica de la Fundación Cardio Infantil autorizó el trasplante renal el 22 de agosto de 2014. La carta que contenía la orden médica fue enviada a Coomeva EPS el 18 de septiembre siguiente.

-El paciente no entrega la carta hasta que es contactado por la gestora de Coomeva EPS que, con ocasión de la decisión de la Corte Constitucional, se comunicó con sus familiares. A ellos se les explicó que el señor Plaza debe presentarse con esa orden y la de la evaluación de donante cadavérico, que ya fue aprobada. El traslado a la ciudad de Bogotá para la cita en la Fundación Cardio Infantil se coordinará con el accionante y con sus familiares.

-El paciente tiene ingresadas solicitudes para los procedimientos intervención en el receptor con donante cadavérico, control post-quirúrgico del primer mes, evaluación del donante cadavérico y rescate del órgano. Se recibe soporte del paciente en el que el prestador, la Fundación Cardio Infantil de Bogotá, le indica que está en lista de espera y le solicita enviar muestras cada dos meses. Para el envío de las muestras se debe generar orden.

-Las muestras se toman en los laboratorios de la oficina Guajira. Se solicita orientación a la unidad de trasplantes de la Fundación Cardio Infantil. La familia del paciente ya recibió las indicaciones del caso.

-Una de las inquietudes que generaba el caso tenía que ver con que se hubiera requerido la

autorización de la orden de trasplante. Los casos de trasplante renal se manejan a través de una carta pre quirúrgica, pues no existe certeza de cuándo se va a contar con el donante. Así, si se generara la orden, la misma podría vencerse. Por esas razones, el ordenamiento se generará el día hábil inmediatamente posterior a la realización del trasplante.

10.2 De conformidad con lo expuesto, Coomeva EPS solicitó considerar que está cumpliendo con lo dispuesto por la Corte. El paciente, señaló, está en la lista de espera para el trasplante y se le suministran todos los exámenes de laboratorios correspondientes. Además, la entidad está a la espera del donante cadavérico y de que se verifique la compatibilidad del órgano donado, para lograr el éxito de la operación. Mientras tanto, seguirá prestándole al actor el tratamiento para la patología que padece, con la periodicidad que determinen los médicos tratantes adscritos a su red de servicios. En ese orden de ideas, la EPS pidió notificar al juez de primera instancia sobre el cumplimiento de la medida provisional dictada por la Corte el 27 de marzo de 2015.

II. CONSIDERACIONES

Competencia

11. La Sala Novena es competente para conocer de la sentencia objeto de revisión, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política, en los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991 y en cumplimiento del auto del veintisiete (27) de marzo de dos mil quince (2015), proferido por la Sala de Selección de Tutelas Número Tres de esta Corporación.

Presentación del caso, formulación de los problemas jurídicos y metodología de la decisión que se adoptará en este caso

12. Como se expuso en el acápite de antecedentes, el accionante, Federico de los Santos Plaza Velázquez, reclamó la protección de su derecho fundamental de petición, el cual habría sido vulnerado por Coomeva EPS al abstenerse de brindarle una respuesta a la solicitud que formuló en noviembre de 2014 con el fin de que se le autorizara la entrega de unos medicamentos y la práctica de unos exámenes y procedimientos que requiere de forma urgente, dado su diagnóstico de falla renal terminal y retinopatía diabética.

Coomeva EPS no se refirió en el trámite de instancia a la solicitud de amparo. La accionada solo intervino en sede de revisión cuando se le requirió para que contestara la tutela e informara otros aspectos relativos al reclamo constitucional que formuló el señor Plazas. Sin embargo, tampoco en esa ocasión se pronunció sobre lo pretendido por el peticionario ni sobre los motivos por los cuales se abstuvo de contestarle su petición y de autorizarle los medicamentos y procedimientos que requería para la pronta y efectiva atención de sus patologías.

Como se indicó antes, la EPS se centró en dar cuenta de las diligencias que ha adelantado con ocasión de la medida provisional que la Sala dictó en marzo y en solicitar que se declare que ha cumplido con lo que en esa oportunidad se le ordenó. En cuanto a la sentencia que ahora se revisa, hace falta recordar que amparó el derecho de petición del señor Plaza pero se abstuvo de ordenar la entrega de las autorizaciones que solicitó. En criterio del juez a quo, el hecho de que las autorizaciones fueran “el objeto del derecho de petición irresoluto” impedía adoptar una decisión al respecto.

13. En ese orden de ideas, corresponde a la Sala determinar si Coomeva EPS vulneró el derecho de petición del señor Plaza al abstenerse de responder la solicitud que formuló en noviembre de 2014 con el objeto de que se le autorizaran las prestaciones prescritas por sus médicos tratantes. Establecido esto, la Sala deberá resolver si la conducta de la EPS comprometió el derecho fundamental a la salud del accionante, o si, como lo indicó el juez de primera instancia, no era viable pronunciarse sobre el particular por vía de tutela porque ello equivaldría a inmiscuirse en la respuesta que la accionada debía brindarle a su afiliado.

14. Para responder esos interrogantes, la Sala identificará el marco normativo y jurisprudencial que caracteriza a la insuficiencia renal crónica como una enfermedad catastrófica de alto costo y se referirá a las obligaciones concretas que, de conformidad con esos referentes y con lo informado por las entidades y profesionales que prestaron su colaboración a la Corte en este trámite, surgen para los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad. Sobre esos supuestos, abordará el estudio del caso concreto.

La insuficiencia renal crónica es una enfermedad catastrófica. Obligaciones de los actores

del Sistema General de Seguridad Social en Salud frente a su prevención, diagnóstico y tratamiento. Marco normativo y jurisprudencial.

a) Referentes normativos que identifican a la enfermedad renal crónica como una enfermedad catastrófica

15. El sistema de aseguramiento en salud que inauguró la Ley 100 de 1993 se concibió a partir de la idea de que todos los habitantes del territorio nacional deben tener acceso a un plan obligatorio de salud que garantice su protección integral frente a la promoción y fomento de la salud y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención definidos para el efecto.[13]

La Ley 100 dispuso que harían parte de ese plan obligatorio los servicios de salud que determinara el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (en adelante, CNSSS), considerando los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema. El consejo se encargaría, además, de identificar qué enfermedades se considerarían de alto costo, con el objeto de que las entidades promotoras de salud reaseguraran los riesgos que pudieran derivarse de su atención.

El CNSSS cumplió esas tareas a través del Acuerdo 008 de 1994, que luego fue adoptado por el Ministerio de Salud a través de la Resolución 5261 de 1994. Tal fue el primer escenario en el que se definió a las enfermedades ruinosas o catastróficas como aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo-efectividad en su tratamiento. Como se verá a continuación, la Resolución 5261 de 1994 fue, también, la primera que caracterizó a la insuficiencia renal crónica como una enfermedad catastrófica o ruinoso y que reconoció el alto costo de su tratamiento.

16. El artículo 17 de la Resolución 5261 enlistó los tratamientos que, por destinarse al manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas, serían cubiertos por algún mecanismo de aseguramiento, estarían sujetos a periodos mínimos de cotización (con excepción de la atención inicial y la estabilización del paciente) y deberían ceñirse a las guías de atención integral que se definieran para el efecto. El literal b) del listado hizo referencia a la diálisis para insuficiencia renal crónica y al trasplante renal.[14]

Otras referencias al respecto pueden encontrarse en el Acuerdo 217 de 2001, que menciona a la hemodiálisis renal por insuficiencia renal crónica como uno de los procedimientos que deben valorarse al definir la participación de las entidades promotoras de salud en la composición de la unidad de pago por capitación, y en el Acuerdo 245 de 2003, que advirtió que, según la información reportada por las EPS, la atención en salud de las patologías de alto costo con mayor impacto financiero y epidemiológico dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud es la del VIH-SIDA y la que requiere la Insuficiencia Renal Crónica.

Ese contexto precedió la expedición de la Ley 972 de 2005, que comprometió al Estado con la atención integral de la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, imponiéndole obligaciones concretas y contemplando la eventual imposición de sanciones en caso de incumplimiento.

17. La Ley 972, en efecto, incluye varias disposiciones destinadas a garantizar el acceso oportuno de los pacientes a los medicamentos y prestaciones autorizados para el diagnóstico y tratamiento de esas enfermedades.

Tal fue el propósito de su artículo 3º, que advirtió que las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud no pueden, “bajo ningún pretexto”, negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria que requiera un paciente de cualquiera de las enfermedades consideradas ruinosas o catastróficas, de conformidad con lo aprobado por el CNSSS.

En esos casos, el paciente asegurado será obligatoriamente atendido por la EPS, que no podrá suspender el tratamiento ni siquiera cuando este pierda su afiliación por causas relativas a una incapacidad prolongada. Los pacientes no asegurados sin capacidad de pago, por su parte, deben ser atendidos por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de la oferta.

El mismo artículo incluye un párrafo acerca de las consecuencias que genera la violación de esas disposiciones por parte de las EPS e IPS públicas o privadas. De acuerdo con la norma, el desconocimiento de tales obligaciones genera multas, sin perjuicio de las acciones civiles y penales que pudieran derivarse de ese incumplimiento. Las investigaciones, multas y sanciones estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o de

quien haga sus veces, pues esta puede delegar tales funciones en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.

Para finalizar, la Ley 972 encargó al Ministerio de la Protección Social de diseñar, en un término no mayor de seis meses a partir de su promulgación, unas estrategias claras y precisas que condujeran a disminuir los costos de los medicamentos, reactivos y dispositivos utilizados en las enfermedades de alto costo.

18. En línea con las previsiones de la Ley 972 de 2005, el Ministerio de la Protección Social expidió, un año después, la Resolución 3442 de 2006, que adoptó las “Guías de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica” y las recomendaciones de los “Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica”.

La adopción de las Guías de Práctica Clínica y de los Modelos de Gestión Programática para la prevención, control, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica respondió, de conformidad con lo previsto en la Resolución 3442 de 2006, a la necesidad de unificar criterios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SGSSS) para garantizar, por esa vía, el acceso, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios correspondientes. También, al hecho de que los reportes de las EPS hubieran identificado a la enfermedad renal crónica como una de las patologías con mayor impacto financiero y mayor distribución de frecuencias dentro del sistema.[16]

La resolución menciona, además, que el ministerio desarrolló las guías de práctica siguiendo los lineamientos y la metodología aceptados internacionalmente y que en su desarrollo participaron entidades del Estado, del sector salud, agencias de cooperación internacional, EPS, administradoras del régimen subsidiado, IPS, sociedades científicas y la sociedad civil.

Dicho esto, precisó que las Guías de práctica clínica para VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica serían de obligatoria referencia por parte de las EPS, Administradoras del Régimen Subsidiado, IPS y, en lo que sea competencia, de las Administradoras de Riesgos Profesionales. Los modelos de atención programática, por su parte, operarían como “instrumento de referencia para la gestión programática por parte de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social” frente a la vigilancia en salud pública, promoción de

la salud, prevención de la enfermedad y asistencia integral del VIH/SIDA y de la Enfermedad Renal Crónica. Finalmente, la resolución dispuso que las guías serían revisadas y actualizadas como mínimo cada dos años.

19. Para finalizar, resulta necesario mencionar la Resolución 2565 de 2007, mediante la cual el Ministerio de la Protección Social caracterizó a la Enfermedad Renal Crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal como enfermedad de alto costo. La norma definió al paciente de enfermedad renal crónica y al paciente con enfermedad renal crónica con terapia de sustitución o reemplazo renal y señaló las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedad de interés en salud pública que, en los términos del Decreto 2699 de 2007 (sobre la administración financiera de los recursos destinados al cubrimiento de las enfermedades ruinosas y catastróficas) se entenderían directamente relacionadas con el alto costo.[17]

b) Obligaciones de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud frente a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica.

20. Un primer referente a la hora de identificar las obligaciones de los actores del SGSSS de cara a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica es, entonces, el contemplado en la Ley 972 de 2005. Esta, como se dijo, compromete a las entidades del SGSSS con la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria de los pacientes de enfermedades crónicas en los términos previstos en el plan obligatorio de salud, advierte que dicha asistencia no puede negarse “bajo ningún pretexto” y precisa que la atención de estos pacientes, asegurados o no, es obligatoria. Además, indica que la inobservancia de esas sanciones puede dar lugar a la imposición de multas por parte de la Superintendencia de Salud, que proceden con independencia de las acciones civiles y penales a que pueda haber lugar con ocasión de dicho incumplimiento.

Más allá de esto, son las guías de práctica clínica y las recomendaciones de los modelos de gestión programática los que desarrollan con mayor especificidad los deberes concretos que surgen para los actores del sistema de cara a la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

21. Las Guías para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica y el Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica que adoptó el Ministerio de Salud a través de la

Resolución 3442 de 2006 fueron incorporados en un documento de 374 páginas que se propuso “definir los contenidos más costo efectivos” para la atención de esa patología, con el propósito de alcanzar el mayor impacto positivo en la salud de los pacientes y lograr mayor eficiencia en el manejo de los recursos del SGSSS.

21.1. Sobre los modelos de atención, el documento dice que se trata de mapas de navegación de las intervenciones en salud pública, gestión y atención clínica frente a problemas de salud relevantes para la población, mediante los cuales se busca alcanzar un equilibrio entre el costo de los procedimientos, la protección de los pacientes y la viabilidad jurídica, financiera y cultural.

El Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica se centra en la prevención secundaria sobre patologías que predisponen la aparición de la enfermedad renal crónica, como la diabetes y la hipertensión arterial. La diabetes, de hecho, es caracterizada en el documento como el factor que, además del envejecimiento poblacional, estaba incidiendo en mayor medida en la aparición de la enfermedad renal crónica.[18]

El modelo justifica su implementación dando cuenta de la situación que enfrentaba el país, para 2005, en relación con el manejo de la Enfermedad Renal Crónica. En ese sentido, precisó lo siguiente:

“Se estima que el manejo de la enfermedad renal crónica ha comprometido en los últimos años aproximadamente 2% del gasto en salud del país y 4% del gasto en seguridad social en salud. Aunque las cifras del sistema no garantizan registros exactos sobre grupos de asegurados y no asegurados, alrededor de 15.000 personas se encuentran actualmente en terapia de sustitución renal debido a la progresión de la ERC a su fase terminal, más de 10.000 en el régimen contributivo. El costo de su atención en programas de diálisis alcanzó los 450.000 millones de pesos en 2004. Sin embargo, lo preocupante es la tasa de crecimiento de los pacientes en terapia de sustitución que, según los cálculos de miembros de la Asociación Colombiana de Nefrología, alcanzó 15% anual en la última década. Las proyecciones en cifras y en costo hacen de la ERC uno de los más graves desafíos para el equilibrio financiero del Sistema de seguridad social en salud, de no implementarse rápidamente un modelo capaz de moderar esta tasa de crecimiento”.

Ante tal situación, valorada sobre la base de sus implicaciones económicas y frente a la

calidad de vida y la atención en los servicios de salud, resultaba necesario implementar programas de prevención primaria y secundaria (en especial, el tratamiento estricto de la diabetes y de la hipertensión); definir y aplicar medidas de nefroprotección; diagnosticar tempranamente para retardar la entrada a diálisis con el tratamiento adecuado de las condiciones mórbidas de los pacientes y, en fase de sustitución renal, optimizar el tratamiento, para disminuir los costos de hospitalización, las complicaciones, la incapacidad y la mortalidad.

21.2. Las Guías de Práctica Médica, a su turno, fueron definidas como un conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para asistir a los profesionales de la salud en la toma de decisiones apropiadas sobre el cuidado de la salud, en circunstancias clínicas específicas. Su finalidad es ayudar a asimilar, evaluar y aplicar la mejor evidencia y opinión en la práctica y la toma de decisiones, “no solo por parte del profesional, sino del paciente”.

Las guías resaltan que las complicaciones del paciente dializado pueden costar mucho más que la sola diálisis. De ahí la necesidad de estandarizar, bajo los parámetros más estrictos de calidad, el manejo de los pacientes en diálisis mediante pautas validadas y considerando las recomendaciones basadas en la evidencia científica. De todas maneras, el documento aclara que el objetivo último de las guías consiste en lograr su aplicación generalizada en el SGSSS.[19]

22. El modelo y las guías incluyen, entonces, un recuento pormenorizado del proceso que antecedió su adopción, la definición de los términos relevantes para su correcta lectura y la correspondiente exposición de los aspectos clínicos, recomendaciones, estrategias y actividades que deben aplicarse para alcanzar los objetivos formulados. La extensión del documento y la inclusión de términos propios de los protocolos médicos que deben utilizarse de cara a la atención de esa patología dificultan, sin embargo, la identificación de las obligaciones puntuales que cada uno de los actores del SGSSS que intervienen en la prevención y atención de la Enfermedad Renal Crónica tienen frente a los usuarios del sistema.

Ante tal circunstancia, el magistrado sustanciador solicitó la colaboración del Ministerio de Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, a los que pidió informar “las

obligaciones concretas que las guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes de Enfermedad Renal Crónica, adoptadas por la Resolución 3442 de 2006, les imponen a los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, precisando cuáles de esas obligaciones les incumbían, en concreto, a las EPS.[20]

La petición fue atendida por el ministerio[21], que, en relación con el primer punto, dijo que la Resolución 3442 define dos obligaciones específicas: i) “las guías adoptadas serán un documento técnico de referencia para la toma de decisiones por parte de las Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y en lo que sea competencia de las Administradoras de Riesgos Profesionales” y ii) “adoptar las recomendaciones del Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica en sus aspectos de vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia integral como instrumento de referencia para la gestión programática por parte de todos los actores del SGSSS, según los recursos y competencias establecidos por la ley”.

Dicho esto, explicó que el modelo de atención de la Enfermedad Renal Crónica se organiza en función de tres grandes estrategias: i) prevenir la aparición de esta enfermedad crónica mediante el tratamiento adecuado de las principales patologías que la originan y mediante la educación sobre el riesgo de la enfermedad renal; ii) ofrecer a los grupos de mayor riesgo los métodos diagnósticos adecuados para la detección oportuna de la enfermedad y iii) brindar a los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica 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 (el resaltado es de la Sala).

22.1. En relación con las obligaciones puntuales que tendrían las EPS de cara al manejo de la enfermedad renal crónica, el ministerio transcribió los apartes del Modelo de Prevención y Control que remiten a las dimensiones organizacionales de los programas de atención. En ese punto, el modelo precisa lo siguiente:

“Los programas para la atención de las personas con hipertensión arterial y diabetes (en riesgo para ERC) o con diagnóstico de ERC se definen en dos niveles: uno de carácter

administrativo liderado por la administradoras de planes de beneficio (APB) y otro principalmente operativo liderado por las IPS.

- El primero, de carácter administrativo, se encuentra en cabeza de las aseguradoras o entidades responsables de la administración de planes de beneficio y tiene bajo su responsabilidad:

1. La generación de todas las condiciones para la atención de su población en las mejores condiciones de accesibilidad, lo que implica la contratación de una red de prestación de servicios de acuerdo con la ubicación de la población, las disposiciones de atención a través de programas y los recursos requeridos para garantizar el cumplimiento de la guía de atención integral. Este enfoque supone que la atención está cerca del usuario y que por manejarse en el contexto de un programa de atención, debe tener acceso preferente a las prestaciones requeridas para su adecuado manejo, de acuerdo con la guía de atención, independiente del nivel de complejidad de dichas prestaciones.

2. La garantía de calidad en la atención del usuario y la evaluación permanente de la capacidad instalada en cada una de las instituciones que constituyen su red.

3. La implementación de mecanismos para la comunicación permanente y oportuna de los equipos de intervención en todos los niveles de atención, de acuerdo con la red de servicios definida por la APB para tal fin.

4. La implementación de mecanismos flexibles y oportunos para el desarrollo del proceso terapéutico definido, el suministro de medicamentos e insumos y el flujo de los recursos requeridos para la atención.

5. La implementación de formas de relación usuario – programa con barreras mínimas.

6. La incorporación de tecnología que haga posible el seguimiento de los esquemas de intervención y la búsqueda activa del usuario.

7. La incorporación de nuevas tecnologías que hagan posible la interconsulta con expertos sin que se haga necesario el desplazamiento físico del usuario y la asesoría permanente de personal experto en protección renal a las acciones implementadas por otro personal de salud en el manejo del usuario.

8. La administración de la información del programa.

9. La evaluación permanente de nueva tecnología que haga más eficiente y efectivo el proceso de atención de los pacientes en riesgo de ERC o con diagnóstico de ERC.

- El segundo nivel, de orden operativo, y en cabeza de las instituciones prestadoras de servicios de salud que constituyen la red de prestación de la administradora del plan de beneficio (APB), tiene bajo su responsabilidad:

1. La atención directa de la población en riesgo de ERC (personas con hipertensión arterial o diabéticos) o con diagnóstico de ERC dentro de un esquema de programa y con el concurso de un equipo terapéutico interdisciplinario.

2. La permanente comunicación con la administradora de planes de beneficios para concertar todos los aspectos relacionados con la atención de cada uno de los usuarios inscritos.

4. El mejoramiento permanente de sus procesos para garantizar el mayor ajuste posible a las mejores condiciones técnicas de atención.

5. El seguimiento activo del proceso de atención del usuario y el desarrollo de acciones de búsqueda activa.

6. La operación bajo esquemas de minimización de barreras para la atención.

7. La utilización apropiada de los recursos tecnológicos disponibles para establecer relaciones fluidas con otros niveles de atención.

8. La cualificación permanente del talento humano relacionado con la atención de los usuarios del programa.

9. La administración de la información relacionada con la operación

del programa y los pacientes inscritos en el mismo.

10. La actualización de la información de la administradora de planes de beneficios y la generación de los reportes requeridos.

11. La presentación activa de sugerencias y opciones de mejoramiento a la administradora de planes de beneficio y otros agentes relacionados, que supongan una mejor atención de la población”.

22.2. Para finalizar, el ministerio aclaró que la normatividad vigente y aplicable prevé, entre otras, las siguientes obligaciones de las EPS:

- a. La identificación y seguimiento de los riesgos relacionados con la ERC para su población afiliada.
- b. La generación de modelos de atención y rutas de atención integral propios para su población asegurada que permita la gestión integral del riesgo en salud derivado de la ERC.
- c. La prevención de la aparición de la ERC en la población a riesgo asegurada mediante la intervención de factores que desencadenan su emergencia.
- d. La definición, contratación, gestión, seguimiento y evaluación de la red de prestadores que permita garantizar la atención oportuna y de calidad a su población afiliada en las diferentes etapas previas a la enfermedad o cuando esta se encuentre instaurada.
- e. La coordinación con otros actores, como entidades territoriales, prestadores, gobiernos locales y nacional de actividades e intervenciones para mitigar el impacto de la ERC y reducir su aparición en la población afiliada.
- f. Se entiende además que la organización y proceso de atención son efecto de los acuerdos entre prestadores y administradores en conjunto con las preferencias del usuario que permite el SGSSS en materia de elección.

En relación con el mismo punto, la Superintendencia Nacional de Salud indicó, solamente, que las guías de práctica clínica son de referencia obligatoria para las EPS, Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y para las IPS.[22]

Identificados así los deberes de los actores del SGSSS frente al tratamiento de las patologías que predisponen la aparición de la enfermedad renal crónica y al diagnóstico y tratamiento de quienes la padecen, la Sala identificará las circunstancias que obstaculizan

la atención integral de estas personas, a partir de los conceptos allegados por las entidades convocadas al trámite de revisión y de la jurisprudencia constitucional que ha valorado tutelas relativas a la eventual infracción de derechos fundamentales de los pacientes de esta enfermedad, considerada catastrófica y de alto costo, en los términos que acaba de exponerse.

c) Circunstancias que limitan la protección del derecho fundamental a la salud de los pacientes de enfermedad renal crónica. Jurisprudencia y diagnóstico.

24. Esta corporación ha revisado varios casos relativos a la protección constitucional de las distintas facetas del derecho fundamental a la salud de personas que padecen enfermedad renal crónica.

Las tutelas que los pacientes o sus familiares han promovido con ese objeto han buscado, como regla general, que los jueces constitucionales impartan órdenes destinadas a garantizarles la entrega de pañales desechables, el suministro del servicio de enfermería y la entrega de los medicamentos y procedimientos prescritos por sus médicos tratantes para el tratamiento de la enfermedad. Además, la Corte ha revisado tutelas que persiguen la exoneración de copagos, el cubrimiento del valor del transporte del paciente entre su lugar de residencia y aquel en el que reciben sus tratamientos y otras en las que se ha cuestionado la decisión de trasladar al paciente de IPS, sin consultarle al respecto.

25. Las salas de revisión de la Corte han resuelto cada uno de estos asuntos desde distintas perspectivas. En efecto, a pesar de que los casos examinados involucran a quienes como pacientes de una enfermedad catastrófica se han visto enfrentados a particulares circunstancias de indefensión relacionadas con su delicado estado de salud y con la manera en que la negativa o el retraso en la entrega de las prestaciones que requieren para atender sus dolencias compromete sus derechos fundamentales, las providencias que han abordado el tema no se apoyan en la aplicación de un criterio jurisprudencial unificado que dé cuenta de las implicaciones que la condición de sujetos de especial protección constitucional de estas personas tiene para efectos de la adopción de órdenes de protección que conduzcan al amparo efectivo de sus derechos.

La síntesis que se realizará a continuación pretende mostrar un panorama general de los obstáculos a los que suelen verse enfrentados los pacientes de enfermedad renal crónica al

intentar acceder a los servicios y prestaciones que requieren para la oportuna atención de su enfermedad y enunciar las reglas jurisprudenciales que ha aplicado esta corporación al resolver controversias de esta naturaleza. Esto, con un propósito concreto: identificar las obligaciones puntuales que surgen para el Estado, para los integrantes del SGSSS y para la sociedad en general de cara a la efectiva protección de las garantías iusfundamentales de quienes padecen esta enfermedad catastrófica.

i) El retraso o la negativa a entregar las autorizaciones necesarias para que los pacientes de enfermedad renal crónica se sometan a un trasplante de riñón.

26. Esta corporación ha examinado una multiplicidad de tutelas promovidas por pacientes de enfermedad renal crónica con el objeto de lograr que sus EPS les autoricen la entrega de medicamentos, el suministro de insumos y la práctica de los procedimientos y tratamientos que requieren para lograr su recuperación. La jurisprudencia constitucional da cuenta de casos dramáticos, en los que los pacientes que se encuentran en una etapa terminal de la enfermedad se enfrentan a la suspensión de sus tratamientos, o ven resignadas sus posibilidades de ingresar a la lista de candidatos para obtener un trasplante de riñón por cuenta de dilaciones injustificadas o de la exigencia de trámites administrativos que retrasan, arbitrariamente, la práctica de los exámenes de diagnóstico o la entrega de las autorizaciones de los procedimientos que se requieren para el efecto.

27. Un precedente paradigmático sobre el tema es el consignado en la Sentencia T-1476 de 2000[23]. No solo porque ejemplifica, en los términos referidos previamente, las circunstancias que pueden obstaculizar la atención de los pacientes de enfermedad renal crónica, sino, sobre todo, porque da cuenta de la especial responsabilidad que incumbe al juez de tutela en el recaudo de los elementos probatorios que contribuyan a brindarles a estas personas una respuesta constitucional consecuente con la condición de vulnerabilidad en que se encuentran.

Pues bien, el fallo en cuestión estudió la tutela promovida por una mujer que reclamó el amparo de los derechos que le había vulnerado el Seguro Social al negarse a incluirla en un programa de trasplante renal debido al alto costo de los gastos de hospitalización y de los cuidados post operatorios y medicamentos que involucraba un procedimiento de esas características. La accionante advirtió que, ante tales circunstancias, la entidad había

decidido someterla a un procedimiento de hemodiálisis que en su caso resultaba insuficiente, considerando que se encontraba en una etapa terminal de la enfermedad.

La Corte se ocupó de verificar, primero que todo, la necesidad del trasplante. Con ese objeto, requirió al médico tratante de la actora, quien confirmó que esta seguiría en hemodiálisis mientras era enviada a un programa de pre trasplante y evaluación del receptor, donde se decidiría sobre la posibilidad real de realizar el procedimiento. Confirmado esto, indagó al Seguro Social sobre la inclusión de la accionante en el programa de trasplante. La entidad, sin embargo, no se pronunció sobre el tema.

Así las cosas, y considerando que la enfermedad renal crónica terminal fue definida en la Ley 100 de 1993 como enfermedad catastrófica, que el tratamiento al que estaba siendo sometida la accionante -la hemodiálisis- no era el indicado para que recobrara su salud y que, transcurrido más de un año desde la fecha en la que se dispuso su inclusión en el programa de trasplantes, no había sido sometida a las evaluaciones que se requerían para el efecto[24], la sentencia concedió el amparo solicitado y le ordenó al Seguro Social incluir a la peticionaria en “un programa de pre-trasplante con el objeto de evaluar sus condiciones y, si éstas lo permiten, realice las diligencias necesarias para obtener un donante y practique, en el término acorde con los procedimientos médicos a realizar, el trasplante renal al cual tiene derecho”.

28. La Sentencia T-1037 de 2004[25] revisó un asunto de características análogas. En ese caso, la tutela fue promovida por una mujer de 22 años que pretendía que se le autorizara una intervención quirúrgica de trasplante de riñón con donante vivo. La EPS, en su respuesta, adujo que ni el procedimiento ni el protocolo previo que debe agotarse para practicarlo habían sido ordenados por los médicos tratantes de la paciente. La Corte verificó que, en efecto, no existía prueba de que alguno de los médicos vinculados a la EPS accionada hubiera ordenado el trasplante.

La Corte se enfrentó, así, a una problemática compleja, que le exigía valorar la necesidad del trasplante solicitado en el marco de los precedentes jurisprudenciales que impiden que el juez constitucional sustituya la valoración especializada de los médicos tratantes, dando órdenes relativas a la práctica de procedimientos sin contar con una orden médica que respalde tal actuación.

La ausencia de la autorización del trasplante impedía, en ese contexto, ordenar el procedimiento reclamado en la tutela. La Corte, sin embargo, advirtió que la delicada situación de salud de la accionante[26] exigía examinar su pretensión a la luz de un elemento adicional: el informe consignado por el médico nefrólogo en la historia clínica, que advertía que el tratamiento recibido por la actora buscaba la conservación de su vida, pero no precisaba si dicho tratamiento le brindaba una oportunidad efectiva de recuperar su salud.

La valoración de ese medio de prueba permitió aplicar una solución intermedia que protegió los derechos fundamentales de la paciente respetando la regla jurisprudencial que exige que las decisiones sobre la oportunidad y eficacia de los procedimientos en salud se apoyen en consideraciones médicas.[27] La sentencia le ordenó a la EPS realizar todas las gestiones necesarias para que, a través de una junta médica o del médico nefrólogo de la peticionaria, se valorara el estado actual de salud de la paciente, los resultados del tratamiento médico que se le estaba brindando (diálisis peritoneal diaria) y la conveniencia o no de realizarle un trasplante de riñón. Además, el fallo le advirtió a la entidad que, si la evaluación médica correspondiente concluía que la accionante debía someterse al trasplante, debería agotar las gestiones necesarias para realizarlo, garantizando el cubrimiento de los gastos que demandara el procedimiento.[28]

29. Otro fallo que da cuenta de la importante labor que incumbe al juez de tutela respecto del recaudo de los elementos de prueba que conduzcan a garantizar la efectiva y pronta protección de los derechos fundamentales de los pacientes de enfermedad renal crónica puede encontrarse en la Sentencia T-1131 de 2004[29]. La providencia revisó el caso de un paciente de enfermedad renal crónica al que, tras sufrir una arritmia cardiaca, se le diagnosticó también una insuficiencia cardiaca severa. Su médico tratante dictaminó como única opción terapéutica la práctica de un trasplante simultáneo de corazón y de riñón. La EPS, sin embargo, se negó a autorizar las cirugías porque no tenía contratos vigentes para la práctica de un procedimiento de esas características. Además, alegó que para cualquier EPS sería “casi imposible que coincida un trasplante doble en donde se encuentre donante para riñón y corazón al mismo momento.”

Para establecer la viabilidad del amparo, la Corte se ocupó, primero, de verificar si los procedimientos reclamados en la tutela habían sido ordenados por el médico tratante.

Practicadas las pruebas del caso, constató que el trasplante de riñón ya había sido autorizado, por lo cual el accionante se encontraba en lista de espera. Respecto del trasplante simultáneo corazón-riñón, existía una recomendación del cardiólogo tratante. El fallo reprochó que la entidad demandada no hubiera realizado ninguna gestión encaminada a evaluar la viabilidad del procedimiento que el médico especialista identificó como la única alternativa para mejorar la salud del paciente y que, tan solo al ser indagada al respecto en sede de revisión, se hubiera pronunciado al respecto.

Así, procedió a estudiar las posibilidades operativas de practicar el procedimiento reclamado en la tutela, también, a la luz de las pruebas que recaudó para el efecto.[30] La Corte concluyó que el procedimiento solicitado por el accionante tenía un alto grado de complejidad que, sin embargo, no lo hacía imposible, como lo aseguró EPS accionada. El fallo consideró inadmisibles que una entidad prestadora de servicios de salud catalogara un procedimiento complejo como casi imposible, soslayando su obligación de brindarle a su afiliado los servicios que requería con urgencia. Por eso, le ordenó convocar un comité interdisciplinario que evaluara la situación del actor y proferiera una recomendación sobre la viabilidad del trasplante simultáneo de corazón-riñón. En tal caso, la entidad debería autorizar y disponer de todos los medios necesarios para realizar la intervención.

30. Conclusiones similares pueden encontrarse en las providencias que, de manera más reciente, han examinado casos relativos a las infracciones iusfundamentales que comporta el hecho de que las entidades prestadoras de servicios de salud nieguen o retrasen la entrega de las autorizaciones que requieren los pacientes de enfermedad renal crónica para ingresar a la lista de candidatos a un trasplante de riñón. Algunos han concedido el amparo considerando que las EPS están obligadas a evaluar y a suministrarles a los pacientes de enfermedad renal crónica alternativas de tratamiento y que el trasplante de riñón hace parte de esas alternativas.[31] Otras, en contraste, han valorado la condición de sujetos de especial protección constitucional de los peticionarios y las implicaciones que en esas circunstancias supone un retraso en la autorización de los procedimientos de protocolo previo al trasplante.[32]

ii) El retraso o la negativa a autorizar los servicios, medicamentos, insumos y procedimientos que demanda la atención de la enfermedad renal crónica.

31. Son varios, también, los fallos que se han ocupado de examinar solicitudes de amparo que persiguen la autorización de servicios, medicamentos, insumos y procedimientos requeridos por los pacientes de insuficiencia renal crónica para la oportuna y eficaz atención de su enfermedad. La mayoría tienen que ver con la negativa de las EPS a autorizar la entrega de pañales desechables, sobre el supuesto de que no se encuentran contemplados dentro del plan de beneficios. Otras reclaman la prestación del servicio de enfermería o la entrega de medicamentos prescritos por los médicos tratantes que no son autorizados por las EPS, de nuevo, por cuenta de que no hacen parte de las prestaciones previstas en el POS.

La Corte, como se anticipó antes, no ha mantenido un criterio de decisión unánime respecto de los parámetros a partir de los cuales debe valorarse la viabilidad de ordenar la autorización de las prestaciones reclamadas por los pacientes de enfermedad renal crónica. Así, mientras en algunos casos se ha considerado el carácter de enfermedad catastrófica que le reconoce la normativa vigente, otros han aludido, someramente, a la situación de debilidad manifiesta que enfrenta cada paciente por cuenta de sus dolencias y de sus circunstancias particulares: su edad, su capacidad económica, la manera en que está integrado su grupo familiar, etc.

Eso explica que las órdenes que suelen adoptarse respecto de casos que comparten los mismos supuestos de hecho sean diferentes. Algunos fallos se limitan a ordenar la autorización de la prestación solicitada. Otros advierten, además, sobre la importancia de brindarle al accionante un tratamiento integral o previenen a la entidad accionada sobre sus obligaciones en la atención continua y eficaz del paciente.

31. Ejemplos de la primera hipótesis pueden encontrarse en las sentencias T-160 de 2014[33], T-619 de 2014[34] y T-003 de 2015[35]. La primera estudió la tutela que promovió la hija de un hombre de 89 años quien, por cuenta de su enfermedad renal crónica, sufría de incontinencia urinaria. La agente oficiosa reclamó la entrega de pañales desechables para su padre, considerando que los médicos tratantes se habían negado a ordenarlos porque no los contemplaba el POS. La Sala Sexta de Revisión concedió el amparo por tres razones concretas: el paciente era un sujeto de especial protección constitucional, utilizaba los pañales desde hacía casi cuatro años y demostró que no contaba con ingresos suficientes para seguir asumiendo su pago.[36]

La Sentencia T-619 de 2014 resolvió el caso de un hombre de 62 años de edad que, entre otras patologías, sufría de enfermedad renal crónica, nefropatía diabética, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y neumonía multilobar. El señor, a quien se le habían amputado sus piernas y había perdido su visión, había presentado un derecho de petición con el objeto de que su EPS le entregara pañales desechables y le suministrara el servicio de transporte entre su lugar de residencia y aquel en el que debían practicársele terapias y hemodiálisis. En la tutela pidió, además, que se le brindara un tratamiento integral. La Sala Octava de Revisión ordenó suministrarle el servicio de enfermería por 24 horas, los pañales desechables y garantizarle el pago del subsidio de transporte con un acompañante. Sobre la solicitud del tratamiento integral, guardó silencio.

La tercera providencia, por su parte, examinó la solicitud que formuló una mujer a nombre de su esposo, a quien le fue diagnosticado VIH Sida, carcinoma in situ de la piel, síndrome nefrótico e insuficiencia renal crónica. El paciente se encontraba en fase terminal de su enfermedad, por lo cual permanecía en cama, con dificultad para ingerir alimentos y experimentando fuertes dolores en su tórax, cuello, abdomen y extremidades inferiores.

La tutela buscaba que se le autorizara atención médica domiciliaria, colchón y almohada anti escaras, pañales, servicio de enfermería permanente, medicamentos y suplementos alimenticios. La Sala Segunda de Revisión ordenó autorizar las prestaciones reclamadas, en aplicación de la jurisprudencia constitucional relativa “al goce efectivo del derecho fundamental a la salud de las personas que sufren enfermedades congénitas, accidentales, de avanzada edad, sujetos de especial protección constitucional, que requieren con necesidad de insumos médicos, como pañales desechables, pañitos, asistencia médica y servicio de enfermería domiciliario, pues requieren del apoyo permanente de un tercero para realizar actividades diarias básicas y afirman no tener capacidad económica para sufragar por sus propios medios el costo de los mismos”.

32. Como ejemplo de la segunda hipótesis se destaca, en cambio, la Sentencia T-322 de 2012[37]. El fallo analizó las tutelas que promovieron, de forma separada, varios padres y madres de familia en representación de sus hijos menores de edad, con el objeto de obtener el amparo de los derechos fundamentales comprometidos por cuenta de la negativa de sus respectivas entidades prestadoras de salud a autorizarles la entrega de los medicamentos y prestaciones que requerían para la atención de sus enfermedades.

32.1. Una de las agenciadas, de 14 años de edad, padecía enfermedad renal crónica, además de retraso psicomotor severo, ceguera bilateral y antecedentes convulsivos. Como parte de su tratamiento, debía someterse a cuatro diálisis peritoneales manuales diarias en su residencia, pues los excesivos movimientos que requeriría su traslado podrían causarle complicaciones mayores. La madre de la menor fue capacitada para realizar el procedimiento. El padre, quien promovió la tutela, explicó que su vivienda se ubicaba en un sector rural, que fue construida con guadua y bareque –elementos de difícil limpieza y desinfección- y que estaba rodeada de cultivos y animales, por lo cual no cumplía con los requerimientos de higiene necesarios para el buen desarrollo de las diálisis. Sin embargo, no contaba con los recursos económicos para realizar las adecuaciones pertinentes. Aunque la IPS le había entregado una carpa para salvaguardar a la menor de riesgos mayores, le informaron que la misma iba a ser retirada. Por tal razón, promovió la tutela.

La gravedad de las condiciones que enfrentaba la menor motivó a la Sala Cuarta de Revisión a ordenar, como medida provisional, que la Secretaría de Salud del Huila la trasladara a un centro especializado en el manejo de sus enfermedades, para que se le brindara el tratamiento integral que requería y se le practicaran las diálisis. Después, comisionó la práctica de una inspección judicial en la residencia de la menor, para establecer las condiciones sanitarias del lugar, sus condiciones actuales de salud y la manera en que estaba integrado su grupo familiar.

32.2. La solución del caso concreto se abordó a partir de las pruebas recaudadas en sede de revisión. El fallo resaltó que, aunque la carpa plástica suministrada para acondicionar la práctica de las diálisis no iba a ser retirada, tal circunstancia no descartaba la necesidad de conceder el amparo, ya que ese solo elemento no garantizaba el cuidado que requería la paciente para el éxito de su tratamiento.

Por esos motivos, y considerando que la familia de la niña no contaba con capacidad económica para adecuar su residencia a las condiciones en las que debía practicarse la diálisis, amparó los derechos que vulneró la EPSS al negarse a brindarle la atención integral que la paciente requería para asegurar su vida en las condiciones más dignas y tolerables para sobrellevar sus enfermedades. La sentencia ordenó integrar un grupo interdisciplinario de especialistas que debería definir los tratamientos y procedimientos médicos que requería la joven, indicando su justificación, periodicidad, número de sesiones, duración del

tratamiento. Adicionalmente, y sin perjuicio de lo anterior, concedió el respectivo tratamiento integral.

32.3. El fallo, como puede verse, valoró el caso sometido a su estudio más allá de la pretensión concreta que formuló el padre de la menor en relación con la necesidad de adecuar su vivienda para practicar la diálisis en las condiciones sanitarias que se requerían para el efecto. Por eso, en lugar de centrar su atención en la solicitud formulada en la tutela, desplegó una actividad probatoria que dio cuenta de los desafíos que envuelve, en el día a día, la atención de una enfermedad catastrófica como la enfermedad renal crónica. Tal perspectiva puede encontrarse en varias providencias que han ordenado brindar un tratamiento integral a quienes padecen esta enfermedad, aun en aquellos casos en los que la solicitud de amparo reclamaba, solamente, la entrega de determinadas prestaciones, insumos o medicamentos. Decisiones sobre el particular constan, entre otras, en las sentencias T-940 de 2009[38], T-815 de 2012[39], T-930 de 2013[40] y T-423 de 2014[41].

iii) La renuencia a cubrir los gastos de transporte del paciente hasta el lugar donde se realizan las terapias e intervenciones que requiere para el manejo de la enfermedad renal crónica.

33. Una de las solicitudes más recurrentes en las tutelas formuladas por pacientes de enfermedad renal crónica es la que tiene que ver con el cubrimiento de los gastos de transporte y de alojamiento que requieren para asistir a sus citas médicas, a sus terapias de diálisis y a los centros médicos que cuentan con la capacidad logística para practicar los trasplantes de riñón.

El hecho de que una importante cantidad de esas tutelas busquen obtener el reconocimiento de esos gastos de transporte y alojamiento coincide con lo conceptuado por el Presidente de la Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial, Jaime José Torres Saltarín[42], acerca de los obstáculos administrativos que podrían estar impidiendo que los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica accedan oportunamente a las prestaciones, tratamientos, medicamentos y, en general, a la atención integral y oportuna que requieren para el tratamiento de sus patologías.

Al responder a lo indagado por la Sala, el interviniente advirtió que una de las

circunstancias que dilatan la atención o demoran la eficiencia de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal es la existencia de pocos médicos nefrólogos en el país, la mayor parte de ellos dedicados al ejercicio clínico de la diálisis en empresas que les exigen exclusividad. Tal situación, sumada a las dificultades prácticas que limitan la posibilidad de ofrecer visitas médicas e inspecciones técnicas en zonas apartadas del país, representa, en criterio del experto, una verdadera barrera de acceso para que los pacientes accedan oportunamente a las terapias de diálisis y a los demás tratamientos y procedimientos que requiere la atención de su patología. En su concepto, el doctor Torres advirtió que esas dificultades han dado lugar a un fenómeno social de desplazamiento por enfermedad, que ocurre con frecuencia en lugares como Chocó, San Andrés, Putumayo, Amazonas, Vaupés y Guainía, donde ni siquiera se tiene en cuenta la importancia de implementar políticas de prevención de la enfermedad renal crónica.

34. La jurisprudencia constitucional sobre traslados es, en efecto, profusa. Los criterios aplicables en la materia, que no son otros que los contemplados como regla general para la solución de los casos en los que se solicita que una EPS asuma el cubrimiento de los gastos de transporte para los pacientes y sus acompañantes, de ser el caso, se encuentran contemplados en numerosas sentencias.

Para los efectos de la exposición que se realizará en este acápite, la Sala reiterará los contemplados en dos decisiones recientes que resolvieron expedientes acumulados relativos a tutelas promovidas por pacientes de enfermedad renal crónica con el propósito de que se cubrieran sus gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde recibían sus terapias de remplazo renal y sus sesiones de diálisis y hemodiálisis: las sentencias T-568 de 2014[43] y T-076 de 2015[44]. De conformidad con lo expuesto, pueden extraerse las siguientes reglas acerca de la provisión de servicios de transporte y alojamiento para los pacientes de enfermedad renal crónica:

-El servicio de transporte se encuentra incluido en el POS por disposición de la Resolución 5521 de 2013. La resolución contempla el traslado acuático, aéreo y terrestre de los pacientes, a través de ambulancia básica o medicalizada i) en casos de patología de urgencias, desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio pre hospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles; ii) cuando el paciente deba desplazarse entre instituciones prestadoras de salud dentro del

territorio nacional para recibir la atención de un servicio no disponible en la institución remitora; iii) cuando se requiera atención domiciliaria, según lo prescrito por el médico tratante y, finalmente, iv) cuando el paciente debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios de puerta de entrada al sistema.[45]

- La Corte, en todo caso, ha ordenado el cubrimiento del servicio de transporte requerido por el paciente, aunque no encaje en los supuestos descritos en el POS, cuando la falta de recursos económicos para asumirlos se convierte en un obstáculo infranqueable para el acceso a los servicios de salud. El acceso al servicio de salud puede depender, en ciertos casos, de que al paciente le sean financiados los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se le pueda prestar atención médica.

- En esas condiciones, la jurisprudencia constitucional ha establecido que las EPS tienen la obligación de garantizar el transporte no cubierto por el POS 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”. También se ha ordenado el servicio de transporte con un acompañante siempre 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”.[46]

35. Las distintas salas de revisión han ordenado la autorización y cubrimiento de los gastos de transporte de pacientes de enfermedad renal crónica entre el lugar de su residencia y el municipio donde se les realizan los procedimientos, tratamientos y exámenes prescritos por sus médicos tratantes en aplicación de esas directrices. Las decisiones adoptadas al respecto han considerado la situación que comporta para estos pacientes el hecho de padecer una enfermedad catastrófica y la manera en que la provisión de un servicio de transporte adecuado hasta el lugar en que reciben sus tratamientos puede incidir en su salud y en la oportunidad y la calidad de la atención que reciben.

La Sentencia T-560 de 2013[47] indicó, al respecto, que “corresponde el juez de tutela evaluar si el requerimiento del servicio de transporte es pertinente y necesario con referencia a los supuestos fácticos y la situación particular de quien lo solicita. Esto, con el

fin de garantizar que el medio de desplazamiento elegido sea adecuado, digno y se compadezca con la condición de salud particular, pues no todo tipo de transporte resulta idóneo para preservar el bienestar del paciente en la totalidad de los casos, o incluso, puede resultar peligroso, por la falta de acondicionamiento de los vehículos o por la propia masividad de su uso”.

El fallo advirtió que, al decidir sobre la concesión de un medio específico de transporte, el juez constitucional debe examinar las condiciones reales del paciente para establecer, así, si las calidades del desplazamiento son una carga soportable en su estado o si por el contrario constituyen una exigencia intolerable que puede comprometer su salud física o mental. Por esa razón, ordenó autorizar al accionante y a un acompañante el suministro de transporte en taxi particular, para que asistiera a las sesiones de hemodiálisis que tenía programadas, tres veces por semana, en la ciudad de Sincelejo.

iv) La interrupción injustificada del tratamiento, por cuenta de un cambio en las condiciones de prestación del servicio: el traslado de IPS, por decisión de las empresas prestadoras.

36. Otro de los aspectos que a juicio del Presidente de la Asociación Colombiana de Nefrología de Hipertensión Arterial incide de manera negativa en la eficiencia del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica es el que tiene que ver con el traslado inconsulto de los pacientes a una IPS distinta de aquella que venía prestándoles las terapias de diálisis. En criterio del doctor Torres, la masificación de la terapia dialítica ha propiciado que, una vez que una IPS reúne un grupo de pacientes en diálisis, otra ofrezca el servicio a través de un contrato más económico. Así, indicó, se termina priorizando el mercado sobre el paciente.

Sobre las implicaciones que esos traslados tienen para los pacientes de enfermedad renal crónica, el interviniente precisó lo siguiente:

“(…) además de la dificultad de adaptación del paciente hacia una nueva vida, debe contar con la probabilidad de que, después de adaptarse al traslado, grupo terapéutico, etc., por orden inconsulta de la EPS se le traslade a otro sitio de atención, con otro equipo humano, con otro tipo de necesidad de transporte que puede generar traumas, aumentar la mortalidad y generar la sensación para el paciente de ser una mercancía de volumen. Esto

rompe con el derecho de escoger la IPS donde se reciben los servicios, más aún, teniendo en cuenta la localización geográfica y la satisfacción y calidad con la terapia recibida como estándares fundamentales. Los traslados de pacientes en forma masiva son hechos de violencia dentro del sistema de salud”.[48]

37. La Sentencia T-770 de 2011[49] analizó, precisamente, más de 15 tutelas promovidas por personas diagnosticadas con insuficiencia renal crónica que fueron trasladadas intempestiva e injustificadamente de IPS, debido a que las empresas promotoras a las que estaban afiliados las excluyeron de su red de prestadores de servicios. Los peticionarios alegaron que la IPS a la que habían sido trasladados suministraban las diálisis a través de equipos que prestaban servicios de menor calidad que los disponibles en la IPS que los atendía originalmente. Por eso, el cambio comprometió su salud, al afectar la continuidad de sus tratamientos y someterlos a un proceso de adaptación extenuante que no tenían por qué soportar, dada la gravedad de su padecimiento.

La Sala Segunda de Revisión les dio la razón a los peticionarios. El fallo alertó sobre los riesgos que significó para los pacientes la interrupción injustificada de su tratamiento y verificó las repercusiones físicas y emocionales que supuso exponerlos, de forma intempestiva, a un cambio en las condiciones en que se les venían prestando los servicios médicos.

En ese contexto, advirtió que la libertad de las EPS para escoger sus IPS tenía como límite la necesidad de proteger efectivamente la salud, vida digna y seguridad social de los pacientes renales. La autonomía de las EPS en esa materia debía, entonces, limitarse, en aquellos casos en los que pudiera conducir a afectar derechos fundamentales de sus usuarios. Sobre el particular, el fallo concluyó lo siguiente:

“Las entidades vulneran la dignidad humana de los pacientes, cuando en razón del traslado de IPS modifiquen las condiciones en las cuales el individuo desarrolla su proyecto de vida y elige la forma de llevar a cabo su destino, salvo que se compruebe que las razones que justifican el traslado tiendan a garantizar mayor calidad en la prestación del servicio, en aras de garantizar la vida en condiciones de dignidad.

Lo anterior, atendiendo al grado de vulnerabilidad, específicamente en el caso de enfermedades catastróficas o de alto costo -como la insuficiencia renal-, que requieren de

un tratamiento médico continuo y permanente para efectos de que los pacientes puedan sobrevivir a esta enfermedad de carácter crónico y termina. Por lo tanto, cuando en el curso de un tratamiento médico se traslada de IPS a un usuario, la EPS debe garantizar la estabilidad del tratamiento, en condiciones de calidad y eficacia, en aras de continuar con la prestación del tratamiento prescrito y garantizar un empalme en el diagnóstico de la enfermedad y la modalidad de tratamiento o procedimiento prescrito por el médico tratante, además, se requiere que el traslado de IPS no vulnere las condiciones de vida del paciente, ni su autonomía respecto a decidir, junto al médico tratante, cuál tratamiento médico se ajusta a su proyecto y forma de vida”.

Conclusiones

39. Hasta aquí, la Sala dio cuenta de los referentes normativos y jurisprudenciales que caracterizan a la insuficiencia renal crónica como una enfermedad ruinosa o de alto costo y advirtió sobre las implicaciones de esa circunstancia a la hora de establecer, frente a casos concretos, cuáles son las prestaciones que los pacientes de esa enfermedad pueden exigir del Estado, de los actores del SGSSS y de la sociedad en general en aras de la protección de las distintas facetas de su derecho fundamental a la salud.

El relato que se efectuó en ese sentido -elaborado, también, en el marco de las pruebas que se recaudaron en el trámite de revisión- buscaba presentar un panorama inicial de los obstáculos formales y materiales que los pacientes deben sortear en el día a día para procurar su acceso a los servicios, insumos, prestaciones y tratamientos médicos que demanda su padecimiento, reseñar los criterios jurisprudenciales que ha aplicado esta corporación al resolver controversias de esas características e identificar las obligaciones concretas que, en ese contexto, tienen los integrantes del SGSSS frente al diagnóstico y la atención de la enfermedad renal crónica. A partir de lo expuesto, pueden formularse las siguientes conclusiones preliminares frente al tema:

i) La naturaleza de enfermedad ruinosa que el Estado le reconoció a la insuficiencia renal crónica por cuenta de lo contemplado sobre el particular en el marco normativo reseñado previamente implica, como 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 de enfermedad renal crónica, 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.

ii) 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”. No obstante, como se indicó antes, tales instrumentos fueron consignados en un documento sumamente extenso (de más de 350 páginas) que incluye protocolos científicos, datos y recomendaciones y estrategias sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Tal circunstancia dificulta su lectura y comprensión por parte de los primeros llamados a ser informados sobre las obligaciones que incumben a las entidades responsables de la atención de la enfermedad renal crónica: los pacientes.

iii) De todas maneras, las guías y el modelo operan como un marco de referencia (obligatoria, en el caso de las guías) para la prevención, diagnóstico y atención de la enfermedad renal crónica. 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”.

iv) Los casos valorados en los precedentes jurisprudenciales referenciados y la intervención del Presidente de la Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial revelan que, al margen de las previsiones normativas reseñadas en esta ocasión, los actores del SGSSS siguen desconociendo las obligaciones que les incumben frente a la garantía del derecho fundamental a la salud de los pacientes de enfermedad renal crónica. La Sala pudo establecer que, mientras la Ley 972 de 2005 prohíbe negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria que requieran los pacientes de enfermedad crónica, estos siguen viendo resignadas sus posibilidades de acceder a las prestaciones y procedimientos prescritos por sus médicos a lo que sobre el particular se decida en el marco de una acción de tutela. Tampoco se ha garantizado su derecho a recibir una atención obligatoria, aunque no cuenten con capacidad de pago.[51]

v) La cantidad de asuntos estudiados por las Salas de Revisión que aluden al derecho de los pacientes de enfermedad renal crónica a acceder a los servicios que requieren para la atención de sus dolencias revela, además, que existe un sistemático desconocimiento de los criterios de decisión aplicados por la Corte al resolver controversias de esa naturaleza. Los principios de atención integral y continuidad siguen siendo trasgredidos por cuenta de la negativa a asumir los gastos de traslado de los pacientes hasta el lugar en que reciben sus terapias, del cambio intempestivo de IPS, de la renuencia a autorizar la entrega de los medicamentos e insumos ordenados por los médicos tratantes y de la exigencia de copagos y cuotas moderadoras a quienes carecen de capacidad de pago[52].

vi) La actividad probatoria que, como regla general, han debido desplegar las salas de revisión al examinar ese tipo de controversias revela que los jueces de instancia no han ejercido las facultades oficiosas que se les confirieron en aras de la oportuna y eficaz protección de los derechos fundamentales comprometidos en estos casos. La renuencia a adoptar las medidas necesarias para suplir esos vacíos probatorios suele conducir a decisiones de improcedencia o a fallos denegatorios, opuestos a las aspiraciones de justicia material que deben guiar la labor de los jueces constitucionales.

Siguiendo estas consideraciones, procederá la Sala a estudiar, a continuación, la tutela formulada por el señor Plaza y la decisión que sobre el particular se adoptó en el fallo que aquí se revisa.

Estudio del caso concreto

40. En el marco del relato efectuado por el señor Plaza en la acción de tutela y de lo resuelto en la sentencia objeto de revisión, la Sala se propuso determinar si Coomeva EPS vulneró el derecho de petición del accionante al guardar silencio sobre la solicitud que este le formuló con el objeto de obtener las autorizaciones de los medicamentos, tratamientos y procedimientos que le ordenaron sus médicos para la atención de sus patologías. Así mismo, se propuso establecer si la conducta de la EPS comprometió el derecho fundamental a la salud del peticionario, o si, por el contrario, la valoración de este asunto debía supeditarse a lo que la entidad accionada indicara en su respuesta al derecho de petición, como lo indicó el juez de primera instancia.

La solución de esos problemas jurídicos exige considerar, primero, que en línea con los referentes normativos y jurisprudenciales que se expusieron en la parte motiva de esta providencia, el señor Plaza Velázquez es un paciente terminal de enfermedad renal crónica, y que esta circunstancia, por sí sola, lo enfrenta a una situación de vulnerabilidad que genera obligaciones concretas para la sociedad, el Estado y las instituciones responsables de garantizarle el acceso a servicios de salud que requiere en condiciones de oportunidad, eficacia, continuidad y accesibilidad.

Tal premisa descarta, de entrada, que la controversia que ahora se examina pudiera abordarse desde la perspectiva elegida para el efecto por el juez de instancia, esto es, como si el accionante buscara, exclusivamente, el amparo de su derecho fundamental de petición. Para dilucidar ese aspecto hace falta remitirse al relato consignado en la solicitud de amparo.

41. Como se advirtió antes, el señor Plaza promovió la acción constitucional en diciembre de 2014, con el objeto de que Coomeva EPS le respondiera el derecho de petición mediante el cual, un mes antes, le había solicitado autorizar varios medicamentos, exámenes y procedimientos que le habían ordenado sus médicos tratantes para la atención de sus patologías.

Tanto en el derecho de petición como en la acción de tutela, el señor Plaza se identificó como paciente de enfermedad renal crónica y manifestó la urgencia con que requería las autorizaciones solicitadas, en particular, aquellas relativas a los exámenes clínicos que le

permitirían ingresar a la lista de espera para acceder a un trasplante de riñón, de conformidad con lo prescrito por la junta médica de la Fundación Cardio Infantil.

En el derecho de petición informó, además, sobre las dificultades que en el pasado le causó la negativa de la EPS a entregar las autorizaciones de forma oportuna. El actor expuso que fue diagnosticado con diabetes 2, la cual derivó en Retinopatía Diabética Proliferativa y Edema Macular Severo, y narró cómo el retraso en la autorización de los medicamentos y procedimientos que ordenaron los especialistas para tratar esas patologías incidieron en el deterioro de su visión. Por eso, insistió en la necesidad de que se le autorizara la práctica de la cirugía de aspiración diagnóstica con vítreos que su médico retinólogo le había ordenado un año antes y los exámenes previos que requería para someterse a tal procedimiento.

42. El juez de instancia, ya se dijo, resolvió la pretensión del accionante aplicando las reglas fijadas por la jurisprudencia constitucional respecto del amparo del derecho de petición. El fallo, en efecto, alude solamente al hecho de que Coomeva EPS no le hubiera suministrado una respuesta escrita al señor Plaza, destacando, a su vez, que no se hubiera pronunciado sobre lo solicitado en la tutela. Por esa razón, ordenó brindarle una respuesta de fondo, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la sentencia. Sin embargo, como se indicó antes, el funcionario se abstuvo de valorar la necesidad de entregar los medicamentos solicitados y las autorizaciones de los exámenes clínicos, para no influir sobre el sentido de la decisión que la entidad accionada debía brindarle a su afiliado.

43. La Sala estima, en contraste, que una solicitud de amparo como la formulada por el señor Plaza Velázquez no podía resolverse en el marco de la jurisprudencia relativa al derecho de petición, sin considerar las especiales circunstancias que implicaba, para efectos de la delimitación del problema jurídico objeto de estudio, el hecho de que la petición cuya respuesta se solicitó en la tutela hubiera sido formulada por un paciente de enfermedad renal crónica que advirtió sobre la difícil situación a la que se había visto expuesto a raíz de la conducta de su EPS.

El examen de una tutela de esas características exigía, por el contrario, que el juez constitucional desplegara las amplias facultades que le fueron conferidas para el cumplimiento de su labor frente a la oportuna y eficaz protección de los derechos fundamentales. En ese ámbito, el funcionario debió i) interpretar adecuadamente la

solicitud de tutela, analizando íntegramente la problemática planteada; ii) identificar los hechos generadores de la afectación y sus posibles responsables; iii) integrar debidamente el contradictorio, vinculando al trámite a aquellas entidades que pudieran estar comprometidas en la afectación iusfundamental y en el cumplimiento de una eventual orden de amparo; iv) decretar y practicar de oficio las pruebas necesarias para despejar la incertidumbre fáctica y jurídica sobre los asuntos materia de examen y v) dictar medidas cautelares, si verificaba la necesidad y la urgencia de evitar que la amenaza del derecho fundamental se transformara en vulneración o que la infracción verificada comprometiera, en mayor medida, la integridad de los bienes constitucionales afectados.[53]

44. Ninguna de esas medidas fue agotada por el juez de instancia, quien, lejos de valorar la manera en que el silencio de la entidad accionada comprometió el derecho fundamental a la salud del señor Plaza, adoptó una decisión que, en la práctica, aplazó nuevamente la posibilidad de que accediera a los servicios que su enfermedad demandaba con urgencia.

La necesidad de analizar este caso desde un enfoque consecuente con la labor que cumple esta corporación en la unificación del contenido y al alcance de los derechos fundamentales imponen evaluar el presente asunto a partir de una nueva perspectiva que, además de examinar la posible infracción del derecho de petición, establezca las implicaciones que, para efectos de la garantía del derecho fundamental a la salud del actor, supuso la negativa de su EPS a autorizarle los medicamentos, tratamientos y procedimientos que reclamó en noviembre de 2014. La Sala dilucidará lo pertinente en los párrafos que siguen.

45. Como primera medida, haría falta ratificar que, en efecto, Coomeva EPS vulneró el derecho de petición del actor al abstenerse de responder la solicitud formulada por él en noviembre de 2014. Esto, no obstante, en los términos que acaban de exponerse, no podía conducir a una orden como la que profirió el juez a quo, relativa solamente a que se emitiera la respectiva respuesta de fondo, sino a considerar los efectos concretos que la imposibilidad de acceder a las prestaciones reclamadas por el peticionario impactaba en la efectiva y pronta protección de sus derechos.

En ese contexto, la Sala debe verificar el cumplimiento de los requisitos que, a la luz de la jurisprudencia constitucional, determinan la posibilidad de ordenar, por esta vía, la entrega de los medicamentos, servicios e insumos y la autorización de los procedimientos

requeridos por los pacientes de enfermedad renal crónica para el diagnóstico, atención y tratamiento de su enfermedad.

46. Para el efecto, es preciso recordar que, en la tutela, el señor Plaza reclamó la autorización de las prestaciones que identificó de la siguiente manera:

“1. 40586 Evaluación de donante cadavérico y rescate del órgano (24)

2. 40588 Intervención en el receptor con donante cadavérico y control post-quirúrgico del primer mes

3. Medicamento hepatitis B Engex B Ampolla I.M dosis refuerzo

4. Medicamento toxoide tetánico ampolla. Ahora y refuerzo en 3 y 6 meses

5. Vitrectomía post + retinopexia

Extracción de cataratas

Lio monofocal + Fotocoagulación ojo izquierdo

Bloqueo peribulbar

6. Recuento endotelial

7. Biometría ocular

8. Electrocardiograma

9. Exámenes de sangre

10. Valoración preanestésica

11. Ranibizumab ampolla N. 1 10 mg/ml Uso hospitalario medicamento intravítreo ojo izquierdo

12. Aspiración diagnóstica para honorarios de anestesia”

Tal listado fue analizado por esta corporación el 27 de marzo de 2015, cuando dispuso que Coomeva EPS, como medida provisional, debería brindarle al señor Plaza Velázquez “un tratamiento integral para la atención de sus patologías -insuficiencia renal crónica terminal, hemorragia vítrea, retinopatía diabética- sin oponer ningún tipo de obstáculo administrativo que conduzca a retrasar la práctica de los procedimientos o la entrega de los medicamentos ordenados por el médico tratante”. Tal tratamiento, se indicó en el auto que impuso la medida, debería incluir la entrega de las autorizaciones correspondientes a la “aspiración diagnóstica para honorarios de anestesia”; la “evaluación de donante cadavérico” y la “intervención en el receptor con donante cadavérico y control post quirúrgico del primer mes”, sin perjuicio de los demás procedimientos, medicamentos y tratamientos ordenados por los médicos tratantes.

47. La imposición de la medida provisional se adoptó considerando que la situación narrada en la tutela, valorada a luz de los elementos probatorios que constaban en el expediente, daba cuenta de una situación dramática, que comprometía seriamente los derechos a la vida, a la salud y a la dignidad humana del señor Plaza Velázquez. Sobre el particular, la providencia referida indicó:

“14. El accionante, quien padece diabetes 2, advirtió que ha sufrido un deterioro de su visión que no ha sido tratado adecuadamente, toda vez que su EPS no ha autorizado la entrega de los medicamentos y la práctica de los procedimientos que le ha prescrito su médico tratante. En concreto, el señor Plaza se quejó de que Coomeva EPS no hubiera autorizado una cirugía “urgente de aspiración diagnóstica con vítreos”, que habría sido ordenada por su retinólogo en 2013, y de que no le haya autorizado los medicamentos y procedimientos que requiere para ser incluido en una lista de espera que le permitiría recibir un trasplante renal que ya fue aprobado por una junta médica de la Fundación Cardio Infantil.

15. Sobre el particular, se observa a folio 13 del cuaderno principal una orden médica firmada por el doctor Carlos Esteban Vélez, Oftalmólogo-Retinólogo, en la que indica que el señor Federico Plaza Velázquez tiene un diagnóstico de Hemorragia Vítrea y Retinopatía Diabética. A continuación, el especialista prescribe una aspiración diagnóstica para honorarios con anestesia.

16. Así mismo, obra a folio diez del mismo cuaderno una historia clínica del doctor Gustavo Ahumada, de la Fundación Renal de Colombia, en la que se indica que el señor Plaza es un paciente de 59 años con falla renal crónica agudizada, que se encuentra en hemodiálisis tres veces por semana, lo cual impide su desempeño laboral.

17. Finalmente, se anexa copia de una comunicación que el doctor Carlos Benavides, Cirujano de Trasplantes de la Fundación Cardio Infantil, le remite al departamento de autorización de Coomeva EPS, en la que indica que el señor Plaza fue aprobado en junta para trasplante renal y solicita, en consecuencia, que se expida la autorización para “Evaluación de donante cadavérico” e “intervención en el receptor con donante cadavérico y control post quirúrgico del primer mes”.

18. Tales elementos de prueba, leídos en el marco del relato efectuado en la acción de tutela y de la ausencia de un pronunciamiento sobre el particular por parte de la EPS accionada, justifican la imposición de una medida provisional que proteja de manera efectiva los derechos fundamentales que podrían verse comprometidos si los tratamientos, medicamentos y exámenes requeridos por el señor Plaza no se le suministran de manera oportuna”.

La decisión, entonces, se adoptó considerando el riesgo que representaba para la vida y para la salud del actor el hecho de verse desprovisto del tratamiento que requería para la atención de su enfermedad, por cuenta de la negligencia de su EPS en la autorización de las prestaciones ordenadas por sus médicos tratantes. La medida, en otras palabras, respondió a la necesidad y a la urgencia de evitar que los efectos de la decisión que habría de adoptarse respecto de lo solicitado por el accionante resultaran ilusorios.

La verificación de las circunstancias a las que se vio expuesto el actor ante la ausencia de esas autorizaciones condujo a que, más allá de circunscribir la protección concedida a que se expidieran las autorizaciones de las prestaciones sobre las que obraba orden médica en el expediente, se ordenara brindarle un tratamiento integral, que garantizara su acceso a la atención que requería para el restablecimiento de su salud.[54] Además, en el auto se advirtió a la EPS sobre la imposibilidad de oponer barreras administrativas al cumplimiento de la medida provisional y se le ordenó informar al Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Maicao al respecto. Al despacho, por su parte, se le ordenó iniciar el trámite incidental de

desacato contra el responsable de la EPS, si, en el término previsto, no recibía el informe de cumplimiento.

48. El 15 de abril siguiente, el juzgado comunicó a la Sala que la EPS no había presentado el informe y que, por lo tanto, había abierto el respectivo incidente de desacato mediante auto de esa misma fecha. Ante tales circunstancias, la Sala decretó las pruebas que estimó útiles y necesarias para indagar por el cumplimiento de la medida provisional. En consecuencia, requirió a Coomeva EPS para que informara sobre el particular[55] y, además, le pidió precisar i) si los medicamentos, procedimientos y prestaciones cuya autorización le solicitó el señor Plaza Velázquez estaban incluidos o no en el POS, de acuerdo con la normativa vigente y aplicable; ii) los datos financieros de que dispusiera acerca de la capacidad económica del señor Plaza Velázquez y de su grupo familiar para costear o no cada uno de los medicamentos, procedimientos y prestaciones solicitadas, en el evento de que las mismas debieran ser sufragadas él, de conformidad con la legislación vigente y iii) el valor comercial aproximado de esos medicamentos, procedimientos o prestaciones.

La EPS solo se pronunció al respecto el 1º de junio, esto es, más de un mes después de la fecha en que el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Maicao abrió el incidente de desacato de la medida provisional. Ese día, radicó en la Corte un escrito que denominó “memorial de cumplimiento”, en el que informó sobre las gestiones que había adelantado en aras de la autorización de los servicios requeridos por el señor Plaza Velázquez y absolvió algunos de los interrogantes que se le formularon en este trámite.

49. De conformidad con lo que la EPS indicó en esa oportunidad, se pudo establecer, en primer lugar, que el señor Plaza ya se encuentra en la lista de espera para trasplante cadavérico y que ha recibido las órdenes de los exámenes de laboratorio que requería para el efecto.

La información relativa al trasplante fue confirmada por la representante legal suplente de la Fundación Cardio Infantil de Bogotá, quien manifestó que el procedimiento fue autorizado por Coomeva EPS en abril de 2015 y que el accionante fue incluido en la lista de trasplantes el ocho de mayo siguiente.[56] El doctor Carlos Benavides, médico tratante del señor Plaza, se pronunció más tarde en el mismo sentido, al absolver los interrogantes que se le

plantearon en este trámite. En esa oportunidad, el doctor Benavides señaló:

“El señor Federico de los Santos Plaza Velázquez es conocido en nuestro grupo de trasplantes desde el 9 de julio de 2014, fecha en la cual su EPS Coomeva lo envió a estudio de receptor. El estudio se inició el día siguiente, y el 22 de agosto de 2014 fue presentado a junta médica de trasplantes, en la cual se consideró como apto para ser trasplantado.

(...) El 1º de abril de 2015 se recibió la autorización para ser trasplantado (Evaluación de donante cadavérico y la intervención en el receptor con donante cadavérico y control post quirúrgico del primer mes), por lo cual en esa fecha, se ingresó a lista de espera. Por lo tanto, el paciente ya tiene la autorización que esta tutela solicita. No obstante, el tiempo de tardanza en la generación de la misma, de casi ocho meses, y la negativa inicial a autorizar la misma no es clara para nosotros”[57]

En cuanto a las consecuencias medibles y objetivas generadas por esa tardanza, el doctor Benavides explicó que no son posibles de identificar, toda vez que la lista de espera local maneja un puntaje para definir a quién se trasplanta “basados principalmente en la compatibilidad HLA”. Además, explicó que el tiempo de espera que el paciente permanece en lista también se tiene en cuenta, pero otorga un puntaje mínimo. Finalmente, precisó que, considerando que el paciente no ha requerido transfusiones de sangre, la efectividad del tratamiento no ha sufrido cambios medibles “más allá del deterioro cardiovascular que el paciente pudiera sufrir en estos meses, el cual no tiene forma objetiva de ser medido”.

50. En ese orden de ideas, la Sala encuentra que la orden que se impartió en este trámite con el objeto de que Coomeva EPS entregara las autorizaciones requeridas por el señor Plaza Velázquez para ingresar a la lista de espera de trasplantes se cumplió, efectivamente, el pasado 1º de abril, cuando la entidad expidió las órdenes respectivas.

Llama la atención, sin embargo, que la entrega de tales autorizaciones solo se hubiera producido como consecuencia de una medida cautelar impuesta por esta corporación, y no como resultado del cumplimiento de las obligaciones que la Ley 972 de 2005 y el marco normativo y jurisprudencial reseñado en esta providencia les impone a las entidades responsables de la atención integral en salud que requieren los pacientes de enfermedad renal crónica.

Sobre todo cuando, de conformidad con lo que al respecto se expuso antes, la práctica de los procedimientos ordenados en ese sentido están contemplados en el plan de beneficios. En efecto, el trasplante renal ha sido considerado, desde que se expidió la Resolución 5261 de 1994 (el primer POS aprobado por el CNSSS) como uno de los tratamientos propios del manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas, lo cual supone su pleno aseguramiento por parte del SGSSS.

El Ministerio de Salud ratificó tal circunstancia al ser indagado en este trámite sobre el particular. Al respecto, la entidad precisó que el artículo 34 de la Resolución 5521 de 2013 indica que la realización de los trasplantes contemplados en el POS cubre las tecnologías complementarias, lo que comprende la atención del donante vivo hasta su recuperación; el procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejidos o células a trasplantar; el trasplante propiamente dicho en el paciente, la preparación y el control post trasplante.[58] En consecuencia, advirtió, los procedimientos evaluación de donante cadavérico, rescate de órgano e intervención en el receptor con donante cadavérico están cubiertos por el POS.[59]

En ese contexto, la conducta asumida por la entidad accionada resulta inexcusable. Sorprende, de hecho, que al intervenir en este trámite, la EPS haya “anotado” que el accionante solo entregó la carta que su médico tratante suscribió con el fin de que se le autorizara el trasplante cuando fue contactado por una trabajadora de Coomeva EPS “con ocasión del fallo de la Corte Constitucional”[60], pese a que está claro que el señor Plaza remitió tal carta por escrito a la entidad y que esta la conocía, al menos, desde noviembre de 2014, cuando se radicó en sus oficinas el derecho de petición.

51. La situación verificada en este caso constituye, así, una prueba más de los efectos perversos a los que ha conducido la práctica de supeditar la autorización de los servicios médicos a la interposición de acciones judiciales. La rutinización del litigio[61] como vía de acceso a los beneficios autorizados expresamente por el POS sigue operando, en ese sentido, como una barrera definitiva para la plena garantía del derecho fundamental a la salud.

La Sala se referirá a tal situación más adelante. Por ahora, se centrará en examinar la infracción iusfundamental que pudo derivarse del hecho de que la EPS accionada no hubiera

autorizado, oportunamente, los demás tratamientos, exámenes y procedimientos que el señor Plaza reclamó en su escrito de tutela.

52. En el escrito que remitió a la Corte para informar sobre el cumplimiento de la medida provisional, Coomeva EPS advirtió sobre las gestiones que adelantó respecto de la entrega de cada una de las prestaciones y servicios cuya autorización reclamó el señor Plaza a través de la tutela y del derecho de petición. Con ese objeto, incluyó varias capturas de pantalla que dan cuenta de la expedición de las autorizaciones. De conformidad con lo referido en esos términos, las prestaciones solicitadas por el señor Plaza fueron autorizadas, con excepción de las siguientes, sobre las cuales se plantearon las respectivas observaciones:

- i) La orden del medicamento Hepatitis B Engex B Ampolla Intramuscular, del 22 de agosto de 2014, “solo fue ingresada por parte del paciente para ser autorizado por el comité técnico científico el día 11 de mayo de 2015, ocho meses después, por lo que es un ordenamiento vencido, motivo por el cual el comité técnico científico no lo autorizó”;
- ii) La fórmula del medicamento Toxoide Tetánico ampolla es del 7 de agosto de 2014, pero el paciente solo la ingresa para evaluación por el comité técnico científico el 11 de mayo de 2015;
- iii) No se encuentra la solicitud ingresada del recuento endotelial;
- iv) No hay solicitud ingresada de la biometría ocular;
- v) El Ranibizumab es un medicamento No Pos que debe ser autorizado a través de comité técnico científico. El paciente solicitó el medicamento y le fue autorizado el 10 de octubre de 2014.

53. Lo referido en este punto por la EPS accionada significa que, para la fecha en que intervino en este trámite, el accionante no contaba, aún, con las autorizaciones de los medicamentos Hepatitis B Engex B Ampolla Intramuscular y Toxoide Tetánico Ampolla. El primero no había sido autorizado porque la orden estaba vencida. Por esa razón, dijo la EPS, el comité técnico científico no lo autorizó. La autorización del segundo medicamento, por su

parte, estaba siendo valorada por el comité.

53.2. La autorización del medicamento Toxoide Tetánico Ampolla no tenía, entonces, por qué supeditarse a la evaluación del Comité Técnico Científico, pues se trata de una prestación incluida en el POS, lo cual descarta que su entrega estuviera condicionada a ese requisito. La negativa a autorizar la entrega del medicamento Hepatitis B Engex B Ampolla Intramuscular sobre el supuesto de que la orden está vencida tampoco resulta válida, pues no es el señor Plaza, paciente de enfermedad renal crónica, quien debe asumir las consecuencias de las omisiones en las que incurrió la entidad accionada.[64]

53.3. Lo referido sobre las órdenes del recuento endotelial, biometría ocular y el Ranibizumab exige precisiones adicionales. Previo a decidir sobre el tema, la Sala precisará las implicaciones que lo verificado en este trámite acerca del retraso en la entrega de las autorizaciones reclamadas por el señor Plaza supuso para efectos de la solución del problema jurídico planteado.

Los pacientes de enfermedad renal crónica tienen derecho a la autorización oportuna de los medicamentos y procedimientos que requieran con ocasión de su enfermedad y que sean ordenados por su médico tratante. La infracción, en el caso concreto, de los principios de integralidad y continuidad en la prestación de los servicios de salud requeridos por el accionante.

54. Las circunstancias verificadas con antelación confirman que la negativa de Coomeva EPS a autorizar oportunamente las prestaciones que los médicos tratantes del señor Plaza Velázquez le prescribieron en aras de la oportuna atención de sus enfermedades lesionó efectivamente su derecho fundamental a la salud, en especial, de cara a las garantías de continuidad e integralidad intrínsecas a la prestación del servicio que merecen los pacientes de enfermedades catastróficas.

El relato consignado en la acción de tutela, leído en el marco de lo expuesto por la EPS accionada y los médicos tratantes del peticionario en sede de revisión, da cuenta de que la conducta de Coomeva EPS quebrantó el marco constitucional y legal que protege el derecho del señor Plaza a acceder de forma oportuna a los servicios, medicamentos y procedimientos que demanda la atención de su enfermedad, así como sus derechos a recibir un tratamiento integral consecuente con su condición de sujeto de protección

constitucional reforzada, a que tal tratamiento sea prestado en condiciones de continuidad y a contar con información oportuna y completa sobre el trámite de las autorizaciones de las órdenes prescritas por sus médicos tratantes.[65]

55. La conducta de la entidad accionada, en efecto, implicó que la posibilidad de que el accionante se sometiera a la intervención que su médico identificó como la mejor alternativa para la atención de su condición de salud se retrasara durante más de ocho meses, pese a los obvios efectos que tal circunstancia comporta para la integridad personal de un paciente de enfermedad renal crónica.

El hecho de que la entidad hubiera sido omisiva frente a los reclamos que le formuló el peticionario con el objeto de que se le entregaran las órdenes relacionadas con el trasplante y las demás que se le habían prescrito para atender las patologías que padece por cuenta de la diabetes que derivó en su diagnóstico de enfermedad renal crónica (recuérdese lo que mencionó acerca de la manera en que su visión empeoró por cuenta del retraso en la autorización de los medicamentos y procedimientos ordenados por su retinólogo[66]) denotan la desatención, por parte de la EPS, de los lineamientos legales y jurisprudenciales que se consignaron en esta sentencia acerca de la atención prioritaria que merecen los pacientes de enfermedad renal crónica. Así, en aplicación de lo previsto en el párrafo del artículo 4º de la Ley 972 de 2005, se compulsarán copias de esta providencia a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.[67]

56. La Sala, entonces, protegerá el derecho fundamental del peticionario y adoptará las medidas que, a la luz de las consideraciones efectuadas previamente, corresponde impartir en aras de la materialización del amparo. Como primera medida, la Sala debe precisar el alcance de las órdenes que adoptará con respecto a las autorizaciones de los medicamentos que, aunque fueron objeto de la medida provisional ordenada en esta sede, no han sido entregadas todavía al paciente.

En primer lugar, se ordenará a Coomeva EPS que, si no lo ha hecho ya, expida, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación del fallo, la autorización del medicamento Toxoide Tetánico Ampolla, considerando que se trata de una prestación contemplada en el POS y que, en ese contexto, su entrega no tenía por qué supeditarse a un examen por parte del Comité Técnico Científico. La entidad deberá entregarle al peticionario, dentro del mismo

término, la autorización para la entrega del medicamento Hepatitis B Engex B Ampolla Intramuscular, considerando que las fórmulas médicas no tienen fecha de vencimiento y que, en todo caso, el accionante no tiene por qué asumir las consecuencias del retardo en la autorización de las órdenes médicas.[68]

También se ordenará autorizar el Ranibizumab, pues la EPS se limitó a indicar que el mismo ya había sido autorizado en octubre de 2014. Dado que en el derecho de petición se solicita expedir la autorización de este medicamento -lo cual hace suponer que su entrega no se ha hecho efectiva- la EPS deberá expedir, nuevamente, la autorización correspondiente. Sobre las órdenes del recuento endotelial y la biometría ocular -que, según se dijo, no fueron radicadas- se dispondrá que sea la EPS la que indague con los médicos tratantes y los familiares del accionante sobre las mismas y proceda a su autorización en el menor tiempo posible.

57. Finalmente, la Sala ordenará que la EPS le siga brindando al accionante el tratamiento integral que requiere para el tratamiento de enfermedad renal crónica, considerando que, como lo ha reconocido la Corte en ocasiones anteriores, el hecho de que eventualmente se someta a un trasplante renal no descarta que siga requiriendo una atención prioritaria que propenda por la oportuna prestación de los servicios médicos, exámenes diagnósticos y tratamientos farmacológicos del caso, sin que, para ello, deba acudir al ejercicio de acciones judiciales que prolongan indefinidamente su acceso a tales prestaciones, como, de hecho, se verificó en esta oportunidad.

En este punto, y ante la ausencia de un criterio jurisprudencial unificado acerca de la garantía de atención integral en estos casos, la Sala adoptará la regla de que los pacientes de enfermedad renal crónica tienen derecho a una atención integral que garantice el suministro de todas las prestaciones que requieran para que se recuperen de su patología. Esto, en armonía con lo planteado en la Ley 972 de 2005 sobre la obligatoriedad de atender a los pacientes de enfermedades catastróficas y la imposibilidad de negarles, bajo cualquier pretexto, la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria que requieren y considerando que la Resolución 3442 de 2006 contempla que los pacientes de enfermedad renal crónica deben recibir “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”.

La Sala concluirá haciendo una reflexión final sobre las pruebas recaudadas en este trámite con el objeto de brindar un diagnóstico inicial de las barreras de acceso que bloquean, en la práctica, la posibilidad de que los pacientes de enfermedad renal crónica reciban los servicios de salud que requieren en las condiciones contempladas en la Ley 972 de 2005, en las Guías para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica y en el Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica adoptados por el Ministerio de Salud a través de la Resolución 3442 de 2006. Hecha la exposición del caso, impartirá las órdenes que, en su criterio, resultan necesarias para proteger a la población afectada por circunstancias como las que aquí se verificaron.

Cuestión final. El derecho de los pacientes de enfermedad renal crónica a contar con información actualizada y comprensible acerca de la prevención, tratamiento y rehabilitación de su enfermedad.

58. Como se sugirió previamente, el asunto que en esta oportunidad revisó la Sala ejemplifica, de forma emblemática, las dificultades que enfrentan los pacientes de enfermedad renal crónica para acceder a los exámenes y procedimientos que demanda la atención de su enfermedad, a pesar de que el Estado reconoció, normativamente, que el hecho de que se trate de una enfermedad catastrófica, ruinosa o de alto costo conlleva obligaciones específicas para los actores del SGSSS.

Tales obligaciones, relacionadas con la necesidad de evitar que los pacientes se vean expuestos a dilaciones injustificadas en la prestación de los servicios de salud, a garantizar que obtengan la autorización integral de los medicamentos, insumos y procedimientos prescritos por sus médicos tratantes y a asegurar la continuidad de su tratamiento, que no puede verse interrumpido por razones de índole económica o administrativa, han sido, según se ha visto, sistemáticamente desconocidas.

59. El relato que efectuó el señor Plaza Velázquez y las distintas solicitudes que, en la misma línea, han debido examinar las Salas de Revisión de la Corte por cuenta de las tutelas formuladas por pacientes de insuficiencia renal crónica demuestran que la práctica de supeditar la prestación de los servicios de salud que requieren a que agoten un proceso judicial no es excepcional, sino generalizada. El reclamo judicial se ha convertido, entonces,

en una condición de acceso a tales prestaciones, lo cual contraviene, en los términos ya señalados, las disposiciones normativas y jurisprudenciales que protegen la dimensión de accesibilidad del derecho fundamental a la salud de los pacientes de enfermedades catastróficas.

La situación experimentada por el señor Plaza coincide con la de otros pacientes de enfermedad renal crónica cuya posibilidad de acceder a un trasplante de riñón, a terapias de diálisis, pañales, servicio de enfermería, transporte, exámenes diagnósticos, etc., ha dependido, exclusivamente, de una decisión de tutela. Pese a que la finalidad intrínseca a la garantía de integralidad que los cubre busca eximirlos del litigio de sus derechos, tal circunstancia sigue siendo recurrente.

60. El diagnóstico realizado por el Presidente de la Asociación de Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial al responder los interrogantes que se le formularon acerca de los obstáculos administrativos que podrían impedir que los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica accedan oportunamente a las prestaciones, tratamientos, medicamentos y, en general, a la atención integral y oportuna que requieren para el tratamiento de sus patologías coincide con lo verificado al respecto.

El interviniente identificó barreras de acceso asociadas a la falta de instrumentos de dirección del riesgo de la enfermedad renal crónica[69], al hecho de que la mayoría de los nefrólogos presten sus servicios en las grandes ciudades y a la ausencia de un proceso adecuado de procedimientos[70].

Sin embargo, para los efectos de la decisión que pretende adoptarse en esta ocasión, resultan de trascendental importancia las precisiones que efectuó en relación con la existencia de barreras de acceso educativas. Sobre ese aspecto, el doctor Torres mencionó que “a pesar de obtener resultados en riesgo de enfermedad renal, los médicos y pacientes desconocen la importancia de recibir tratamientos especializados, no reciben prescripciones nutricionales especiales, ni son remitidos para diagnóstico adecuado. La mayor parte de las veces, no se considera un motivo de consulta urgente, y los pacientes son atendidos en etapas terminales de enfermedad renal, donde no hay mucho que ofrecer, excepto que la terapia de diálisis y trasplante”. [71]

61. Tales cuestionamientos explican la actividad probatoria desplegada en esta sede con el

objeto de indagar sobre la existencia de una política pública de atención a los factores de riesgo de la Enfermedad Renal Crónica y sobre la existencia de alguna resolución o instructivo que, a la manera de la Circular Externa 000004 de 2014, sobre la prestación del servicio de salud en personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer, imparta instrucciones con respecto a la prestación del servicio de salud en personas con sospecha o diagnóstico de enfermedad renal crónica.

El Ministerio de Salud refirió, respecto del primer interrogante, que Colombia cuenta con un modelo de atención para enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, cuyo diseño comenzó a finales de 2011) y que adoptó, también, el sistema de monitoreo global propuesto por la OMS para evaluar y comparar los resultados obtenidos en la prevención y control de esos factores de riesgo, así como la capacidad de respuesta del sistema de salud. Frente al segundo, mencionó que ha avanzado en el desarrollo e implementación de documentos que establecen mejores prácticas, como el relativo a los contenidos mínimos indispensables para la gestión del riesgo renal en un programa de atención a pacientes adultos con enfermedad renal crónica, sin terapia de reemplazo. Estos y otros documentos sobre la materia, pueden encontrarse en el sitio web de la cuenta de alto costo.

La Superintendencia Nacional de Salud, a su turno, mencionó respecto del primer punto los componentes del Plan Nacional de Salud Pública 2012-2020. Sobre la existencia de algún instructivo, dijo que no existe ninguna resolución o circular externa específica referente a la atención de pacientes de enfermedad renal crónica.

62. La Sala encuentra, en efecto, que ni las Guías de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes de Enfermedad Renal Crónica ni el Modelo de Prevención, ni tampoco los documentos sobre indicadores mencionados por el Ministerio de Salud satisfacen el derecho de quienes padecen esta enfermedad a contar con información adecuada y suficiente que, de una forma sencilla y comprensible, los instruya sobre sus derechos y las obligaciones correlativas que surgen para los integrantes del SGSSS en ese sentido.[72]

La Circular Externa 000004 de la Superintendencia Nacional de Salud, expedida en julio de 2014, realiza, en cambio, un ejercicio adecuado sobre el particular en relación con la

prestación del servicio de salud en personas con sospecha o diagnóstico confirmado de cáncer. Fue ese el motivo para que, en este escenario, se hubiera indagado por un instrumento que, en las mismas condiciones, instruyera sobre la prestación del servicio de salud en personas con sospecha o diagnóstico de enfermedad renal crónica.

La Circular supone un ejercicio valioso en esa materia en tanto remite al bloque de constitucionalidad, a los precedentes jurisprudenciales de esta corporación y a los desarrollos legislativos que caracterizan al cáncer como una enfermedad ruinosa y han radicado deberes específicos en cabeza de los integrantes del SGSSS. Quienes consulten el instructivo, de apenas 13 puntos, podrán identificar la responsabilidad que les incumbe a los Prestadores de Servicios de Salud, a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios, públicos o privados, de carácter laico o confesional y a las Entidades Territoriales, de cara a la prestación de los servicios de salud de los pacientes de cáncer.

La inexistencia de un instrumento que, de forma equivalente, permita a los pacientes de enfermedad renal crónica contar con información completa, clara y adecuada acerca de la prevención, tratamiento y rehabilitación de su enfermedad, en el marco de lo que sobre el particular se contempla en la normativa y en la jurisprudencia sobre la materia, supone, a la luz de la situación verificada en esta providencia, una circunstancia que vulnera el derecho fundamental a la salud, en su faceta de acceso a la información, de la población que padece esta enfermedad catastrófica.

En ese orden de ideas, la Sala ordenará al Ministerio de Salud y a la Superintendencia de Salud expedir, dentro de los dos meses siguientes a la notificación de esta providencia, un instructivo equivalente a la Circular Externa 000004 de 2014, que permita que los pacientes de enfermedad renal crónica cuenten con información adecuada y suficiente sobre sus derechos y las obligaciones correlativas que surgen para los integrantes del SGSSS respecto de la prevención, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, en el marco de lo contemplado sobre el particular en la Ley 972 de 2005 y en las guías de práctica clínica y el modelo de prevención adoptados por la Resolución 3442 de 2006.

III. DECISIÓN

Con fundamento en lo expuesto, la Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE:

Primero.- LEVANTAR la medida provisional adoptada en el presente trámite de revisión mediante providencia del 27 de marzo de 2015.

Segundo.- REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado Primero Promiscuo Municipal de Maicao el veintinueve (29) de diciembre de dos mil catorce (2014), que protegió el derecho fundamental de petición del señor Francisco de los Santos Plaza Velázquez y, en su lugar, AMPARAR el derecho fundamental a la salud del peticionario, de conformidad con lo establecido en la parte motiva de esta providencia.

Tercero.- ORDENAR a Coomeva EPS, por conducto de su representante legal o de quien haga sus veces, que dentro del término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la comunicación de esta providencia expida, si no lo ha hecho ya, la autorización de los medicamentos Toxoide Tetánico Ampolla, Hepatitis B Engex B Ampolla Intramuscular y Ranibizumab que requiere el accionante, de conformidad con lo establecido en la parte motiva de esta providencia. La entidad deberá contactar a los médicos tratantes del señor Plaza Velázquez para indagar sobre las órdenes del recuento endotelial y la biometría ocular y proceder a su autorización en el menor tiempo posible.

Cuarto.- ORDENAR a Coomeva EPS, por conducto de su representante legal o de quien haga sus veces, que continúe brindándole al accionante, Federico de los Santos Plaza Velázquez, el tratamiento integral que requiere para la atención de sus patologías, sin oponer ningún tipo de obstáculo administrativo que conduzca a retrasar la práctica de los procedimientos o la entrega de los medicamentos, insumos y demás prestaciones ordenadas por sus médicos tratantes. La EPS deberá designar a un funcionario, que mantendrá una comunicación permanente con el accionante o con la persona que este designe para el efecto, dirigida a concertar todos los aspectos relacionados con la prestación de la atención integral que aquí se ordena y a informarle de forma oportuna, comprensible y veraz sobre el diagnóstico de su enfermedad y la autorización de los procedimientos y medicamentos ordenados por los médicos tratantes.

Quinto.- ADVERTIR a Coomeva EPS que, de conformidad con lo previsto en las Guías para el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica y en el Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica que adoptó el Ministerio de Salud a través de la Resolución 3442

de 2006, debe brindarles a sus afiliados con diagnóstico de insuficiencia renal crónica el tratamiento integral que permita frenar la progresión de la enfermedad hacia la fase de sustitución renal. Esto, en los términos señalados en la resolución, supone que deba destinar los recursos necesarios para satisfacer las necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas de estos pacientes, de tal modo que puedan mantener una vida digna, activa, integrada y con garantía de derechos.

Sexto.- COMPULSAR copias de la presente providencia a la Superintendencia Nacional de Salud, para lo de su competencia.

Séptimo.- ORDENAR al Ministerio de Salud y a la Superintendencia de Salud que, dentro de los dos meses siguientes a la notificación de esta providencia, expidan un instructivo equivalente a la Circular Externa 000004 de 2014, que permita que los pacientes de enfermedad renal crónica cuenten con información adecuada y suficiente sobre sus derechos y las obligaciones correlativas que surgen para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud respecto de la prevención, diagnóstico y tratamiento de esa enfermedad, en el marco de lo contemplado sobre el particular en la Ley 972 de 2005 y en las guías de práctica clínica y el modelo de prevención adoptados por la Resolución 3442 de 2006.

Noveno.- Por Secretaría General, líbrense las comunicaciones previstas en el artículo 36 del Decreto Ley 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

MYRIAM ÁVILA ROLDÁN

Magistrada Ponente (e)

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

Ausente con incapacidad

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

[1] Folios 5 a 7 del cuaderno principal.

[2] Folio 8 del cuaderno principal.

[3] Folio 9 del cuaderno principal.

[4] Folio 10 del cuaderno principal.

[5] Folio 11 del cuaderno principal.

[6] Folio 12 del cuaderno principal.

[7] Folio 13 del cuaderno principal.

[8] Folio 14 del cuaderno principal.

[9] Folio 23 del cuaderno principal.

[10] Auto del 27 de marzo de 2015, Folios 16 a 19 del cuaderno principal.

[11] Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica.

[12] Folios 60 al 92 del cuaderno de revisión constitucional.

[13] Cfr. Ley 100 de 1993, artículo 162.

[14] La resolución calificó como tratamientos para enfermedades ruinosas o catastróficas

los siguientes: “a) Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer; b) Diálisis para insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de medula ósea y de córnea; c) Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones; d) Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central; e) Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénitas; f) Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor y g) Terapia en unidad de cuidados intensivos y h) Reemplazos articulares”.

[15] Resolución 5261 de 1994, artículo 117: “Son patologías CATASTRÓFICAS aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se consideran dentro de este nivel, los siguientes procedimientos: Trasplante renal, diálisis, neurocirugía sistema nervioso, cirugía cardíaca, reemplazos articulares, manejo del gran quemado, manejo del trauma mayor, manejo de pacientes infectados por VIH, Quimioterapia y radioterapia para el cáncer, Manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos, tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas”.

[16] Adicionalmente, la Guía de Práctica Clínica de la Enfermedad Renal Crónica precisa que con su desarrollo e implementación se busca i) mejorar la calidad de vida del paciente con enfermedad renal, ii) retardar la velocidad de progresión de la enfermedad renal crónica, iii) reducir la proporción de hospitalizaciones de los pacientes con enfermedad renal crónica, iv) lograr una contención de costos, especialmente al inicio de la terapia de remplazo renal y v) prevenir complicaciones de la terapia de remplazo renal, proporcionando una atención oportuna y eficiente.

[17] De acuerdo con la norma, tales actividades son las establecidas en la Resolución 412 de 2000, en las normas que la modifiquen, y las directamente relacionadas con la atención de patologías que impacten sobre la Enfermedad Renal Crónica en fase 5 con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, con especial énfasis en nefropatía diabética e hipertensiva, según lo previsto en la Resolución 3442 de 2006.

[19] Con ese fin, las guías invitan a los profesionales de la salud, a las instituciones prestadoras de los servicios, a los funcionarios de las entidades responsables del aseguramiento, a las entidades territoriales, a las universidades, asociaciones de pacientes

y demás relacionadas con la atención de la enfermedad renal crónica a apoyar e incentivar su aplicación.

[20] Auto del 14 de mayo de 2015, folios 35 y 36 del cuaderno de revisión constitucional.

[21] El Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, intervino en el presente trámite a través de escrito remitido a la secretaría general de esta corporación, vía fax, el cinco de junio de 2015. (Folios 93 a 108 del cuaderno de revisión constitucional).

[22] La Superintendencia Nacional de Salud contestó a lo solicitado en esta sede a través de un documento suscrito por la Superintendente Delegada para la Supervisión Institucional, Eva Katherine Carrascal Cantillo. El escrito fue radicado en la Secretaría General de esta corporación el 24 de junio de 2015 (Folios 142 a 145 del cuaderno de revisión constitucional).

[23] M.P. Álvaro Tafur Galvis.

[24] El fallo reprochó que, a pesar del tiempo transcurrido desde que a la accionante se le diagnosticó insuficiencia renal crónica, la entidad accionada no hubiera iniciado los trámites médicos y administrativos necesarios para practicar el procedimiento que había sido reconocido como “el único científicamente viable para proporcionar a la paciente mejoría en las dolencias que padece”.

[25] M.P. Álvaro Tafur.

[26] Sobre ese punto en particular, se indica en la sentencia: “Se observa que el estado de salud de la actora se ha venido deteriorando de manera acelerada y progresiva, pues de venir siendo tratada con corticoides ha pasado a ser programada para el sistema de diálisis peritoneal, el cual se le practica una vez por día y que además la insuficiencia renal que padece ha sido catalogada no solo de crónica sino además de TERMINAL”.

[27] El fallo concluyó que, aunque la ausencia de una orden médica justificaba que el juez de instancia se hubiera negado a ordenar la realización del trasplante de riñón, el hecho de que la vida de la actora se encontrara en grave peligro exigía adoptar medidas urgentes para que se le practicaran los tratamientos y procedimientos que contribuyeran a la recuperación de su salud y al mejoramiento de su calidad de vida.

[28] La Sentencia T-1037 de 2004 realiza importantes precisiones acerca de la necesidad de garantizar que los pacientes de enfermedades catastróficas, como la enfermedad renal crónica, reciban un tratamiento integral que incluya todo cuidado, suministro de medicamentos, intervención quirúrgica, práctica de rehabilitación, examen para el diagnóstico y el seguimiento y demás componentes que el médico tratante valore como necesarios para el pleno restablecimiento del estado de salud del paciente, dentro de los límites establecidos en la ley. El fallo determinó que la actora tenía derecho a recibir tal tratamiento integral, tras verificar que el trasplante de riñón estaba incluido dentro de los beneficios del POS y que la accionante afirmó que su familia carecía de los recursos económicos necesarios para asumir los gastos que demandaba la realización del trasplante.

[29] M.P. Humberto Sierra Porto

[30] La Corte solicitó a los médicos tratantes del accionante informar sobre la viabilidad de realizarle el trasplante simultáneo de riñón y corazón al paciente, sobre las ventajas e inconvenientes de llevar a cabo un procedimiento de estas características y sobre la experiencia que existía en el país al respecto. También indagó sobre la existencia de tratamientos alternativos para mejorar la salud del accionante. El fallo, en efecto, recuerda que las entidades prestadoras de servicios de salud tienen el deber de evaluar e informar a los pacientes de enfermedades ruinosas sobre todas las alternativas de tratamientos posibles para el manejo de su patología.

[31] La Sentencia T-1232 de 2008 (M.P. Mauricio González Cuervo) estudió el caso de una mujer que no había podido ingresar al programa de trasplante de riñón con donante cadavérico porque no contaba con los recursos para trasladarse a la ciudad de Medellín, donde debían realizarse los protocolos previos al ingreso. A partir de las pruebas practicadas en sede de revisión, la Corte comprobó que la accionante carecía de capacidad de pago. Por eso, y considerando que su médico tratante había dado cuenta de que el trasplante renal se vislumbraba como opción para mejorar la calidad de vida de la paciente, el fallo ordenó incluirla en el programa de trasplante renal, siguiendo las prescripciones del médico tratante y suministrarle el transporte y el de un acompañante a la ciudad en la que se practicarían los exámenes o procedimientos médicos correspondientes.

[32] Cfr. Sentencias T-002 de 2008 (M.P. Clara Inés Vargas) y T-610 de 2014 (Jorge Iván Palacio).

[33] M.P. Nilson Pinilla Pinilla.

[34] M.P. Martha Victoria Sáchica Méndez. (A.V. Luis Ernesto Vargas)

[35] M.P. Mauricio González Cuervo. (S.V. Luis Guillermo Guerrero).

[36] El fallo ordenó autorizar y suministrar los pañales en las condiciones de calidad, cantidad y periodicidad necesarias.

[37] M.P. Gabriel Eduardo Mendoza.

[38] M.P. Luis Ernesto Vargas. La tutela buscaba que la EPS accionada cubriera los gastos de traslado de un paciente de enfermedad renal crónica y su acompañante hasta el municipio en el que el recibía su procedimiento de hemodiálisis. Además, el peticionario solicitó que el procedimiento se le siguiera prestando en Arauca, como venía efectuándose, y no en la ciudad de Cúcuta, a donde le resultaba más complejo trasladarse. El fallo determinó, tras analizar el material probatorio recaudado, que aunque la EPS accionada no tenía convenio con la IPS que prestaba el servicio requerido por el actor en Arauca, las hemodiálisis debían seguir realizándose allí por ser el sitio más cercano a su domicilio (a 3 horas en transporte terrestre), y para no generar traumatismos al procedimiento ya iniciado. La sentencia exhortó a la accionada a que siguiera brindándole al paciente el servicio de transporte hasta la ciudad de Arauca y le ordenó garantizar el tratamiento integral que requería.

[39] M.P. Luis Guillermo Guerrero. El fallo resolvió la solicitud formulada por una paciente de enfermedad renal crónica que solicitó ser exonerada del pago de cuotas moderadoras y copagos. La sentencia ordenó la exoneración reclamada y ordenó que, además, se le brindara un tratamiento integral, considerando que “el trasplante renal es un tratamiento para la insuficiencia renal crónica, la cual es una enfermedad catastrófica. Por lo tanto, al ser un tratamiento, esto no implica que sea una cura definitiva y que el paciente que fue sometido a dicho tratamiento no requiera de más atención como controles médicos, exámenes de laboratorio y de tratamientos farmacológicos posteriores. Por lo tanto, se

concluye que la persona que fue sometida a un trasplante renal, padece de una enfermedad catastrófica y requiere de atención médica continua para atender su patología”.

[40] M.P. Nilson Pinilla Pinilla. El accionante solicitó que se le ordenara a su EPS cubrir los costos de transporte ida y vuelta entre el corregimiento de San Luis (Huila) y Neiva, para lograr el efectivo acceso a las terapias semanales de hemodiálisis. La Corte ordenó, además, seguir prestándole al accionante la atención integral que requería para el tratamiento de su enfermedad.

[41] M.P. Andrés Mutis. En esta ocasión, el peticionario requirió la entrega de pañales desechables. La Corte ordenó, también, que se le siguiera brindando el tratamiento integral que demandaba su enfermedad.

[42] La Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial contestó a lo solicitado en sede de revisión a través de documento suscrito por su presidente, Jaime José Torres Saltarín, que fue radicado en la Secretaría General de esta corporación el cuatro de junio de 2015. El doctor Torres es Médico Internista Nefrólogo, con estudios en la Universidad Libre de Barranquilla, la Universidad de la República de Montevideo y la Universidad de Buenos Aires (Folios 125 a 129 del cuaderno de revisión constitucional).

[43] M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

[44] M.P. Gabriel Eduardo Mendoza.

[45] Urgencias, consulta médica y odontológica no especializada (Resolución 5521 de 2013, artículo 10)

[46] Cfr. Sentencia T-568 de 2014.

[47] M.P. Luis Guillermo Guerrero.

[48] Folio 128 del cuaderno de revisión constitucional.

[49] M.P. Mauricio González Cuervo.

[51] Sobre esta última hipótesis, pueden revisarse las sentencias T-1054 de 2002 (M.P. Clara Inés Vargas) y T-693 de 2004 (M.P. Marco Gerardo Monroy).

[52] A este punto en particular, se refieren las sentencias T-118 de 2011 y T-118 de 2014.

[53] En este punto, la Sala se remite al fundamento jurídico 24 de la Sentencia T-255 de 2015 (M.P. Luis Ernesto Vargas Silva).

[54] Frente a ese punto, expuso la providencia: “El principio de integralidad hace referencia al 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 proporcionada a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud. Eso, en palabras de la Corte, implica que las entidades de salud deben prestarles a sus pacientes toda la atención que requieran para el restablecimiento de su salud, sin que para ello deban acudir al ejercicio de acciones legales de manera reiterada y prolongada en el tiempo para tal efecto. (...) Partiendo de esos supuestos, y entendiendo que el señor Plaza se encuentra en un delicado estado de salud que amerita la adopción de medidas urgentes y adecuadas para evitar la consumación de un perjuicio irremediable, el magistrado sustanciador dispondrá que Coomeva EPS le brinde al accionante un tratamiento integral para la atención de sus patologías -insuficiencia renal crónica terminal, hemorragia vítrea, retinopatía diabética- sin oponer ningún tipo de obstáculo administrativo que conduzca a retrasar la práctica de los procedimientos o la entrega de los medicamentos ordenados por el médico tratante”.

[55] Con el mismo objeto, se dispuso oficiar al Doctor Carlos Benavides, Cirujano de Trasplantes de la Fundación Cardio Infantil, para que prestara su colaboración a la Corte informando sobre las consecuencias que supuso, para efectos de la efectividad del tratamiento que requería el accionante, el hecho de que Coomeva EPS se hubiera negado a autorizar la “Evaluación de donante cadavérico” y la “intervención en el receptor con donante cadavérico y control post quirúrgico del primer mes”, ordenadas en agosto de 2014. Así mismo, se solicitó la colaboración del Doctor Carlos Esteban Vélez, Oftalmólogo-Retinólogo de la Fundación Oftalmológica del Caribe, a quien se le pidió informar sobre las consecuencias que tuvo para la salud de su paciente, el señor Plaza Velázquez, el hecho de

que Coomeva EPS no hubiera autorizado oportunamente la entrega del medicamento “Ranibizumab de 10 mg/ml, presentación ampolla N° 2, uso hospitalario medicamento intravítreo para ambos ojos”, ni la cirugía “aspiración diagnóstica con vítreos” que, con carácter de urgencia, ordenó practicarle en 2013. El magistrado sustanciador les solicitó a los profesionales informar, además, sobre los trámites administrativos que, en su criterio, podrían estar obstaculizando la atención integral y oportuna de los pacientes con diagnóstico de diabetes, como la que padece el señor Federico de los Santos Plazas Velázquez, y sobre los efectos que las deficiencias en el tratamiento oportuno e integral de esta patología podrían generarles a los pacientes, considerando, en particular, que la diabetes es un factor de riesgo de la enfermedad renal crónica.

[56] “En cuanto a lo referido en el oficio de la referencia, se manifiesta que, hasta el mes de abril de 2015 es autorizado por la Entidad Promotora de Salud del accionante Coomeva EPS, y se incluye en lista de trasplantes el día ocho de mayo de 2015” Folio 131 del cuaderno de revisión constitucional.

[57] Folio 140 del cuaderno de revisión constitucional.

[58] Explicó el ministerio que, adicionalmente, el anexo 02 de la Resolución 5521 de 2013 contempla que todos los procedimientos de la categoría 55.6.1 (autotrasplante de riñón), con excepción del autotrasplante de riñón por laparoscopia, y el trasplante de riñón de donante están cubiertos. También están cubiertas las subcategorías que conforman las categorías de la Resolución 5521 de 2013, salvo en aquellas notas aclaratorias descritas en el anexo 02 de la citada resolución.

[59] Folio 11 del cuaderno de revisión constitucional.

[60] Folio 83 del cuaderno de revisión.

[61] El término se toma del documento “Equidad y Protección Judicial del Derecho a la Salud en Colombia”, preparado por Rodrigo Uprimny y Juanita Durán, en el marco del proyecto Pacto social para una protección social más inclusiva (GER/12/006), ejecutado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ). El documento plantea que el valor de poner en actividad la administración de justicia a resolver tutelas relativas al reconocimiento de

prestaciones contempladas en el plan de beneficios suele ser mayor que el valor de la prestación que se demanda. Sobre ese supuesto, identifica como una de las inequidades e ineficiencias de la justiciabilidad de la salud el hecho de que el acceso a los beneficios del sistema dependa, cada vez más, del ejercicio de acciones judiciales. En http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36758/S2014181_es.pdf?sequence=1

[62] Folios 110 y 111 del cuaderno de revisión constitucional.

[63] Folio 142 del cuaderno de revisión constitucional.

[64] Es importante considerar, de todas maneras, que la vigencia de las fórmulas médicas no está sujeta a ningún límite temporal y que, por el contrario, corresponde a las EPS entregar los medicamentos ordenados por los médicos tratantes en forma oportuna. Sobre el tema, puede revisarse el concepto 201511200169221 de febrero de 2015, expedido por el Ministerio de Salud.

[65] Tal situación comporta una infracción del derecho fundamental a la salud, en su faceta de accesibilidad, puntualmente, frente a la dimensión de acceso a la información, que comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, sin perjuicio de la debida confidencialidad.

[66] El doctor Carlos Esteban Vélez, médico tratante del accionante, refirió en sede de revisión que el señor Plaza es paciente de la Clínica Oftalmológica del Caribe desde el 1º de marzo de 2012, cuando se hizo diagnóstico de retinopatía diabética proliferativa, hemorragia vítrea y edema macular en ambos ojos. El mismo día se ordenó tratamiento con terapia antiogénica lucentis en ambos ojos, de carácter prioritario. Expuso que el 24 de mayo siguiente se actualizó la orden del procedimiento, dado que no se había realizado todavía. El 21 de febrero de 2013 se emitió una nueva orden, por las mismas razones, lo cual ocurrió, de nuevo, el nueve de abril siguiente. Expuso el doctor Vélez que el 22 de agosto de 2013 el señor Plaza lo consultó nuevamente, sin haberse realizado todavía el procedimiento indicado, por lo cual se expidió la orden correspondiente, junto con una cirugía de vitrectomía posterior + retinopexia + facoemulsificación del cristalino + lente intraocular + láser en su ojo derecho de carácter urgente. El tratamiento con terapia antiogénica con lucentis en ojo de derecho se realizó, finalmente, el 20 de septiembre de 2013. A la semana siguiente debía realizarse cirugía vítreo-retiniana, pero no se practicó. La

orden de esa cirugía se emitió nuevamente el 7 de noviembre de 2013 y el tres de febrero de 2014. El 4 de septiembre de 2014, el señor Plaza fue valorado, sin que se hubiera realizado todavía la cirugía. En esta ocasión, el doctor Vélez verificó que la retina del paciente en su ojo derecho se encontraba en muy mal estado. Refirió que en tal ocasión “se ordena terapia anti-angiogénica con lucentis en su ojo izquierdo y posible cirugía vítreo retiniana a la semana. Pronóstico muy reservado por cronicidad y hallazgos avanzados de diabetes.” El señor Plaza fue valorado nuevamente en consulta el 26 de marzo. Hasta el tres de junio de 2015, tenía pendiente la realización de procedimiento. El doctor Vélez consideró importante anotar que “los procedimientos no se realizaron en algunas ocasiones debido a cancelación por parte del departamento de anestesia, debido al mal estado general del paciente”. En relación con la pregunta que le formuló la Corte acerca de los trámites administrativos que podrían estar obstaculizando la atención, respondió que no le constan. “Lo que sí puedo aseverar es que los pacientes con diagnósticos de retinopatía diabética proliferativa y cuadro avanzados deben recibir tratamiento oportuno, debido al deterioro progresivo y en algunos casos irreversible de su visión”. (Folios 133 y 134 del cuaderno de revisión constitucional)

[67] Ley 972 de 2005, artículo 4ª. Parágrafo. La violación a lo dispuesto en la presente ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas, sin perjuicio a las acciones civiles y penales que se deriven, generará sanción equivalente a multa, la primera vez, por doscientos salarios mínimos mensuales legales vigentes y, la reincidencia, multa equivalente a un mil salarios mínimos legales mensuales vigentes. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, las cuales actuarán de conformidad al proceso sancionatorio de que trata el Decreto 1543 de 1997 que, para el presente caso, no superará los sesenta (60) días hábiles. El no pago de las multas será exigible por cobro coactivo, constituyéndose la resolución sancionatoria, debidamente ejecutoriada, en título ejecutivo. Los dineros producto de multas irán con destino al Fondo de Solidaridad y Garantías Subcuenta, ECAT.

[68] Dado que en los términos referidos por el Ministerio de Salud y por la Superintendencia, el medicamento está excluido del POS, habría que examinar, en este punto, si su costo debe ser asumido por el peticionario. La Sala advierte, sin embargo, que el señor Plaza no hizo manifestación alguna respecto a su incapacidad para asumir el costo

de los copagos y cuotas moderadoras. Por otra parte, aunque se indagó a la entidad accionada sobre la capacidad económica del señor Plaza Velázquez y de su grupo familiar para costear o no cada uno de los medicamentos y procedimientos que solicitó y sobre el valor comercial aproximado de tales prestaciones, la EPS se limitó a referir que el actor se encuentra afiliado a la entidad “en calidad de cotizante independiente, rango salarial 1”.

[69] Explicó el doctor Torres que, al no contar con especialista en nefrología, muchas entidades hospitalarias y centros de salud dejan de remitir los casos de difícil diagnóstico o de riesgo moderado o alto, lo cual impacta en el propósito de reducir la incidencia de la enfermedad renal. Así mismo, alertó sobre el incumplimiento de las metas terapéuticas. Expuso, al respecto, que los pacientes que vienen de condiciones crónicas, como diabetes e hipertensión, son atendidos en un número importante por el primer y el segundo nivel. Sin embargo, no es posible determinar qué porcentaje está realmente controlado, pues no hay supervisión directa de una red de gerenciamiento de enfermedades crónicas.

[70] Señaló el interviniente que muchas de las terapias vía oral o endovenosa son usadas, y asignadas por protocolo, para otras patologías, “por lo que recibir un tipo de tratamiento con respaldo científico incide en un excesivo número de trámites y en una información en contravía cada vez que el paciente trata de acceder a algún tipo de sistema, que no es considerado directamente enfermedad renal”. Además, indicó que los procedimientos diagnósticos especiales no suelen estar disponibles con la oportunidad que el paciente lo requiere, de modo que, muchas veces, la muestra obtenida “se queda guardada por no tener contratos vigentes para microscopía de luz, inmunofluorescencia y microscopia electrónica”. (Folio 127 del cuaderno de revisión).

[71] Folio 125 y 126 del cuaderno de revisión constitucional.

[72] Hace falta advertir, en este punto, que el Ministerio de Salud reconoció que las guías de práctica clínica no se han actualizado, pese a que el artículo 3º de la Resolución 3442 de 2006 exigía revisarlas y actualizarlas, al menos, cada dos años. La entidad expuso, sobre el particular, que se ha “concentrado en integrar el modelo, la gestión basada en la mejor evidencia mundial y con expertos internacionales, el desarrollo de guías de práctica clínica dirigidas a abordar las principales patologías generadoras de la enfermedad renal, es decir, la hipertensión arterial y la diabetes”. Dado el tiempo y gestión de recursos que demandan

estos desarrollos, en 2015 se inició la revisión del modelo con las sociedades científicas (Folio 102 del cuaderno de revisión). Sobre las guías, dijo el Presidente de la Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial que se realizaron hace cinco años, pero no se han actualizado por temas presupuestales: “Las guías están enfocadas al inicio de la terapia dialítica, porque el cuidado renal y el manejo paliativo no habían tenido estudios significativos en ese momento de la historia de la evolución de la enfermedad renal. La Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial ha sido citada y ha aportado al Ministerio de Salud notas técnicas a las rutas propuestas, pero debe priorizarse dentro del gasto público la realización de las nuevas guías clínicas, teniendo en cuenta que el mundo médico está continuamente en evolución”. (Folio 128 del cuaderno de revisión constitucional).