JUZGADO PROMISCUO MUNICIPAL DE PAZ DE RÍO

Proceso: ACCIÓN DE TUTELA
Radicación: 155374089001 - 2021 -00058- 00
Accionante: CLAUDIA ERNESTINA GAITÁN CÁRDENAS
Accionado: EPS SANITAS

Paz de Río, veintidós (22) de noviembre de dos mil veintiuno (2021).

TEMA DE DECISIÓN

Procede el despacho a proferir sentencia dentro de la presente acción de tutela instaurada por CLAUDIA ERNESTINA GAITÁN CÁRDENAS en contra de la EPS SANITAS.

ANTECEDENTES

1. PRETENSIONES Y HECHOS

CLAUDIA ERNESTINA GAITÁN CÁRDENAS, actuando en nombre propio, el 5 de noviembre de 2021, promovió acción de tutela en contra de la EPS SANITAS, por la presunta vulneración de sus derechos fundamentales a la salud y vida en condiciones dignas, al haber suspendido el servicio de transporte desde Paz de Río hasta el municipio de Duitama para asistir a las terapias de hemodiálisis en la Unidad Renal RTS de esa ciudad.

Como fundamentos fácticos se resumen los siguientes:

1.1.- La accionante se encuentra afiliada a la EPS SANITAS en el régimen contributivo de salud y desde hace varios años se le diagnosticó enfermedad renal crónica. Por lo que, debe recibir terapias de hemodiálisis tres veces a la semana en el turno de 11:30 a.m. a 4:00 p.m.

1.2.- Desde el 10 de marzo de 2014, ha venido recibiendo las terapias en la Unidad Renal RTS, Sucursal Duitama, pues en el municipio de Paz de Río no existe ninguna entidad que preste esos servicios de salud.

1.3.- Debido a que la EPS SANITAS dejó de suministrarle el servicio de transporte, el 30 de septiembre de 2021, elevó un derecho de petición con el objeto de que se restableciera el servicio de transporte. Pero, mediante Oficio No. S21-130355 de 5 de octubre de 2021 se negó el servicio.

1.4.- No cuenta con otro medio de defensa judicial para hacer valer sus derechos y atendiendo su grave estado de salud requiere con urgencia la prestación del servicio de transporte.

2. ACTUACIÓN PROCESAL

Le correspondió a este despacho tramitar la acción impetrada. Por lo que, mediante auto de 15 de julio de 2021, se resolvió admitirla, correr traslado a la entidad accionada y vincular a la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES, la SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ, EL MUNICIPIO DE PAZ DE RÍO y la UNIDAD RENAL RTS, SUCURSAL DUITAMA.

3. RESPUESTA DE LAS ENTIDADES ACCIONADAS

3.1.- LA EPS SANITAS

En cuanto a los hechos, afirma que es cierto que la accionante se encuentra activa en esa entidad como afiliada dependiente del régimen contributivo de salud y que se le diagnosticó N180: INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL. Pero que no se le ha vulnerado ninguno de sus derechos fundamentales, pues se han autorizado todos los servicios y tratamientos que ha requerido para el manejo de su enfermedad.

En relación al servicio de transporte afirma que conforme al artículo 121 de la Resolución núm. 2481 de 2020, "*Por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de la salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*", dentro de los servicios financiados con recursos de la UPC se incluye el transporte terrestre, entre otros eventos, cuando los pacientes deben ser remitidos a otra IPS del territorio nacional por las limitaciones en la oferta

de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, pues el artículo 12 de esa norma establece que: *"cuando en el municipio de residencia del paciente no se cuente con el servicio requerido. Será remitido al municipio más cercano o de más fácil acceso que cuente con dicho servicio."*. Pero que la promotora del amparo no cumple con esos requisitos, primero, porque a la ciudad de Sogamoso (sic) no se le reconocer prima especial por dispersión geográfica y, segundo, porque el médico tratante no autorizó dicho servicio.

Agrega que, en esos términos, el servicio de transporte no hace parte del Plan de Beneficios en Salud – PBS. Por lo cual, en caso de que se condene a la EPS SANITASA a prestar dicho servicio, se debe autorizar el recobro ante la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES. Pues, si bien la Corte Constitucional ha dicho que no es necesario que el juez de tutela se pronuncie sobre ese aspecto porque la EPS puede adelantar los trámites respectivos, ello ha generado trabas en el recobro.

A continuación, señaló que el amparo resultaba improcedente por cuanto esa entidad ha venido autorizando todos los tratamientos que la accionante requiere para el manejo de su enfermedad y que no se han acreditado los requisitos para tener derecho a la prestación del servicio de transporte.

3.2.- LA ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

En primer lugar, señala que de conformidad con el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y el artículo 21 del Decreto 1429 de 2016, modificado por el artículo 1 del Decreto 546 de 2017, el ADRES es una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA. Por lo que, es la administradora de esos recursos.

Agrega que la prestación de los servicios de salud corresponde por mandato de la ley a las EPS y que estas no pueden negarse a suministrar

los servicios que los pacientes requieren, entre ellos, el de transporte, tan solo aduciendo que esos servicios no hacen parte del Plan Básico de Salud, pues la Corte Constitucional ha señalado en múltiples oportunidades que se debe prestar el servicio de salud de manera integral sin que sea dable oponer razones de índole administrativo o económico.

Por último, señaló que se debe negar cualquier pretensión de recobro, en la medida en que el ADRES ya giró a las EPS, incluida la accionada, los recursos del presupuesto máximo para el suministro de los servicios no cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), con la finalidad de suprimir los obstáculos que impedían el suministro de todos los servicios que los pacientes requieren para el restablecimiento de su salud.

3.3.- Las demás entidades vinculadas, esto es, la SECRETARÍA DE SALUD DE BOYACÁ, EL MUNICIPIO DE PAZ DE RÍO y la UNIDAD RENAL RTS, SUCURSAL DUITAMA guardaron silencio.

CONSIDERACIONES

1. COMPETENCIA

Este Juzgado es competente para decidir sobre la acción impetrada al tenor del artículo 37 del Decreto 2591 de 1991 y las reglas de reparto previstas en el artículo 2.2.3.1.2.1., del Decreto 1983 de 2017.

2. PROBLEMA JURÍDICO.

Es tema por tratar en esta instancia el relativo a la procedencia de ordenar la prestación del servicio de transporte para que la accionante pueda trasladarse a recibir las terapias de hemodiálisis.

3. LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA.

Este concepto se deriva del contexto normativo del artículo 1° del Decreto 2591 de 1991, reglamentario del artículo 86 de la Constitución Política, al señalar que todas las personas están legitimadas para promover

la acción de tutela, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí mismas o por quien actúe en su nombre, para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales.

Al respecto, la jurisprudencia ha señalado que la legitimación por activa en procesos de tutela está basada en los siguientes principios constitucionales:

«i) el principio de eficacia de los derechos fundamentales, que como mandato vinculante tanto para las autoridades públicas como para los particulares, impone la ampliación de los mecanismos institucionales para la realización efectiva de los contenidos propios de los derechos fundamentales; ii) el principio de prevalencia del derecho sustancial sobre las formas el cual, en estrecha relación con el anterior, está dirigido a evitar que por circunstancias artificiales propias del diseño de los procedimientos se impida la protección efectiva de los derechos; y iii) el principio de solidaridad que impone a los miembros de la sociedad colombiana velar por la defensa no solo de los derechos fundamentales propios, sino también por la defensa de los derechos ajenos cuando sus titulares se encuentran en imposibilidad de promover su defensa».

Asimismo, en sentencia T–898 de 2014, sobre el tema de la agencia oficiosa, señaló la Corte Constitucional:

«La jurisprudencia ha determinado unas características que se deben cumplir para que la agencia oficiosa sea válida: i) Debe estar soportada en la eficacia, en la prevalencia y en la solidaridad cuando sus titulares se encuentran en imposibilidad física o mental de promover su propia defensa; ii) también cuenta con unos elementos normativos que deben estar presentes, tales como: a) la manifestación del agente oficioso de actuar como tal, b) la circunstancia real se desprenda del escrito de tutela porque esté contenido expresamente o porque se pueda inferir. Así queda clara la imposibilidad que le asiste al titular del derecho fundamental por no estar en condiciones físicas o mentales para promover su propia defensa; c) la ratificación oportuna por parte del agenciado de los hechos y de las pretensiones consignadas en el escrito de acción de tutela por el agente; d) la existencia de la agencia no implica una relación formal entre el agente y los agenciados titulares de los derechos».

En el presente asunto, la accionante actúa en nombre propio, pues es la titular de los derechos presuntamente vulnerados o amenazados. Por lo que, no cabe duda de que le asiste legitimación en la causa por activa.

Legitimada por pasiva resulta la entidad accionada, esto es, la EPS SANITAS, pues es la encargada de garantizar la prestación de servicios de salud al accionante y, por tanto, la decisión en este asunto puede eventualmente afectarla.

4. LA ACCIÓN DE TUTELA

El artículo 86 de la Constitución Política establece la acción de tutela como mecanismo de protección inmediata de los derechos fundamentales cuando estos sean vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de las autoridades o de los particulares y solo procede cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha señalado que la acción de tutela solamente procede cuando (i) no existan otros medios de defensa judiciales para la protección del derecho amenazado o desconocido; (ii) existiendo esos mecanismos no resulten *idóneos y eficaces* para salvaguardar los derechos fundamentales, evento en que la tutela desplaza el medio ordinario de defensa; o (iii) resulte imprescindible la intervención del juez de tutela para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable (art. 86, C.P.), hipótesis en la cual el amparo opera como mecanismo transitorio de protección, hasta tanto se pronuncie el juez natural de cada proceso[1].

5.- De la prestación de los servicios de salud y su protección por vía de tutela.

La jurisprudencia constitucional ha estimado que la protección del derecho a la salud por vía de tutela está ligada a los derechos a la vida y a la integridad personal. De forma que, cuando una persona requiere un medicamento, tratamiento o procedimiento esencial para su subsistencia o para el mantenimiento de su integridad, la negativa de las entidades de salud en suministrarlo pone en peligro su derecho a la salud que, en esas condiciones, adquiere el carácter de fundamental.

En ese sentido, se ha ordenado a las entidades promotoras de salud prestarles a los pacientes la atención médica que requieran o suministrarle los medicamentos para el restablecimiento de la salud, dividiéndolos en dos grupos, según se encuentren los medicamentos, procedimientos o tratamientos incluidos o no en el POS, hoy Plan de Beneficios de salud y se han desarrollado las subreglas de procedencia de la acción de tutela.

[1] Corte Constitucional. Sentencia T -990 de 2012. M.P. MARIA VICTORIA CALLE CORREA

En efecto, el artículo 15 de la Ley1751 de 2015 establece de manera expresa los criterios de exclusión de medicamentos, procedimientos o tratamientos que no hacen parte del plan de beneficios de salud PBS, al restringir la financiación de algunos servicios y tecnológicas con recursos públicos, en los siguientes términos:

«El Sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e) Que se encuentren en fase de experimentación; f) Que tengan que ser prestados en el exterior.(Subrayado fuera del texto original).

Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente. En cualquier caso, se deberá evaluar y considerar el criterio de expertos independientes de alto nivel, de las asociaciones profesionales de la especialidad correspondiente y de los pacientes que serían potencialmente afectados con la decisión de exclusión. Las decisiones de exclusión no podrán resultar en el fraccionamiento de un servicio de salud previamente cubierto, y ser contrarias al principio de integralidad e interculturalidad.

Para ampliar progresivamente los beneficios la ley ordinaria determinará un mecanismo técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente (...)».

Las exclusiones de esa norma, sin embargo, no son absolutas, pues la misma Corte ha desarrollado nuevas subreglas de procedencia de la acción de tutela para ordenar el suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos que no hacen parte del plan de beneficios de salud, plasmados, entre otras, en sentencia T-010 de 2019, de la siguiente manera:

«En desarrollo de lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social diseñó el nuevo Plan de Beneficios en Salud2 PBS y mediante las Resoluciones 5267 y 5269

[2] El Plan de Beneficios en Salud es el esquema de aseguramiento que define los servicios y tecnologías a los que tienen derecho los usuarios del sistema de salud para la prevención, paliación y atención de la enfermedad y la rehabilitación de sus secuelas. Es actualizado

del 22 de diciembre de 2017 definió los servicios y tecnologías expresamente incluidos y excluidos del mismo, respectivamente.

En lo que corresponde a las exclusiones contempladas en las precitadas resoluciones, es preciso señalar que las mismas, no son de ninguna manera absolutas, en efecto, la jurisprudencia de la Corte, mediante sentencia C - 313 de 2014 (en donde como se advirtió se realizó la revisión previa de constitucionalidad del proyecto de ley Estatutaria de Salud) se refirió categóricamente a la posibilidad de inaplicar las disposiciones normativas que regulan la materia. Sobre este punto, precisó que cuando se trate de aquellos elementos expresamente excluidos del plan de beneficios, deben verificarse los criterios que han orientado a esta Corporación para resolver su aplicabilidad o inaplicabilidad. En palabras de la Corte:

"(...) el juez constitucional, en su calidad de garante de la integridad de dichos derechos (Art. 2° C.P.), está en la obligación de inaplicar las normas del sistema y ordenar el suministro del procedimiento o fármaco correspondiente, siempre y cuando concurran las siguientes condiciones:

a. Que la ausencia del fármaco o procedimiento médico lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, bien sea porque se pone en riesgo su existencia o se ocasione un deterioro del estado de salud que impida que ésta se desarrolle en condiciones dignas.

b. Que no exista dentro del plan obligatorio de salud otro medicamento o tratamiento que supla al excluido con el mismo nivel de efectividad para garantizar el mínimo vital del afiliado o beneficiario.

c. Que el paciente carezca de los recursos económicos suficientes para sufragar el costo del fármaco o procedimiento y carezca de posibilidad alguna de lograr su suministro a través de planes complementarios de salud, medicina prepagada o programas de atención suministrados por algunos empleadores.

d. Que el medicamento o tratamiento excluido del plan obligatorio haya sido ordenado por el médico tratante del afiliado o beneficiario, profesional que debe estar adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro.3".

En este sentido, mediante el precitado fallo de constitucionalidad, este Tribunal matizó las exclusiones previstas dentro del nuevo Plan de Beneficios en Salud, en tanto le atribuyó al juez constitucional la facultad de aplicar o inaplicar, en razón de los criterios desarrollados por la jurisprudencia, las normas que proscriben el suministro de determinado servicio o tecnología».

En relación con las prestaciones incluidas en el PBS, además, la prestación del servicio por parte de las EPS debe ser continuo e integral, pues no pueden omitir el suministro de medicamentos o la autorización de procedimientos que supongan la interrupción de los tratamientos con fundamento en razones de naturaleza contractual, legal o administrativo, pues estas no son causas admisibles desde el punto de vista constitucional para dejar de prestar el servicio.

anualmente con base en el principio de integralidad y su financiación se hace con recursos girados a cada Empresa Promotora de Salud (EPS) de los fondos del Sistema General de Seguridad Social en Salud por cada persona afiliada; los montos varían según la edad y son denominados Unidad de Pago por Capitación (UPC).

[3] Desde la sentencia SU-480 de 1997, M. P. Alejandro Martínez Caballero, se fueron decantando tales criterios y particularmente en la sentencia T-237 de 2003, M.P. Jaime Córdoba Triviño,

En cuanto atañe, específicamente, al reconocimiento del servicio de transporte la Corte Constitucional en sentencia T-317 de 2018, reiterando lo dicho en la sentencia T-706 de 2017, señaló:

"6.4 Así pues, en los anotados supuestos el servicio de transporte no está incluido en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Sin embargo, lo anterior no quiere decir que en estos casos el transporte esté excluido del cubrimiento por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues de conformidad con la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751/15) que recientemente entró en vigencia, las exclusiones deben ser expresas. Ahora bien, no siendo el transporte un servicio propio del ámbito de la salud, de conformidad con la nueva reglamentación expedida por el Ministerio debe ser entendido como un "servicio complementario", lo mismo que los costos de acompañante. Para su cubrimiento deberá agotarse el trámite contemplado para tal efecto en la Resolución 3951 de 2016 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en especial en su artículo 11, que dispone el procedimiento a seguir para que estos servicios o tecnologías complementarias puedan ser atendidos.

[...]

6.5 Este trámite implica que el médico tratante, atendiendo las particularidades médicas contenidas en la historia clínica del afiliado, establezca la pertinencia del servicio complementario requerido. Si su dictamen es positivo, deberá ser consultado con la Junta de Profesionales de la Salud, la cual determinará si dicho servicio se autoriza o no, atendiendo para ello lo dispuesto en los artículos 23 a 26 de la Resolución 3951 de 2016.

6.7 Ahora bien, en sede de revisión, antes de la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria de Salud, la Corte consideró que las E.P.S. de cualquiera de los regímenes debían asumir los costos de transporte de sus afiliados únicamente en los eventos en que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos contaran con los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado; y (ii) de no efectuarse la remisión se pusiera en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del usuario[52].

6.8 Las órdenes judiciales impartidas por esta Corporación se dieron en casos en los que el transporte solicitado era entre municipios o al interior del mismo municipio en que residía el afiliado. En tales decisiones no se entró a determinar de manera puntual y específica el tipo de transporte que se debía utilizar, pues en estos casos la Corte siempre ha estado atenta a ofrecer la mejor garantía y efectiva protección al usuario en salud, todo ello condicionado a sus necesidades en salud y complejidades médicas por él expuestas o de acuerdo a las exigencias médicas que en un eventual caso su médico tratante haya sugerido".

6.- CASO CONCRETO

En el presente caso, CLAUDIA ERNESTINA GAITÁN CÁRDENAS presenta la demanda de tutela aduciendo que la EPS SANITAS, ha vulnerado sus derechos fundamentales a la vida digna y salud, al haberle suspendido el servicio de transporte desde Paz de Río hasta el municipio de Duitama para asistir a las terapias de hemodiálisis en la Unidad Renal RTS de esa ciudad,

a pesar de que requiere ese servicio de forma permanente para el manejo de su enfermedad y que se le venía prestando desde hace varios años.

Revisadas las pruebas que obran en el expediente, se encuentra acreditado que la accionante CLAUDIA ERNESTINA GAITÁN CÁRDENAS, padece de enfermedad renal terminal. Por lo que, ha venido recibiendo sesiones de hemodiálisis en la Unidad Renal RTS, Sucursal Duitama, pues en el municipio de Paz de Río no existe ninguna entidad que preste esos servicios de salud.

En esas circunstancias, los derechos invocados por la accionante tienen el carácter de fundamentales, pues la falta de atención médica oportuna y permanente, pone en riesgo la vida de la señora GAITÁN CÁRDENAS, es decir, que se cumple el requisito jurisprudencial relativo a que la falta del tratamiento médico excluido del Plan de Beneficios de Salud amenace o vulnere los derechos fundamentales a la vida digna, la salud, la integridad personal o la dignidad humana del accionante.

Ahora, en cuanto a que el medicamento o procedimiento médico excluido no pueda ser sustituido por uno que se encuentre previsto en el PBS, la jurisprudencia Constitucional ha sostenido que la determinación de la existencia de otro tratamiento que remplace el inicialmente ordenado, corresponde de manera exclusiva a la EPS por tratarse de un concepto especializado y científico, y como la EPS SANITAS no se pronunció al respecto, se debe entender que este requisito también se encuentra satisfecho. A tal punto que, en la contestación se hace referencia al servicio de transporte cuando este solo constituye el medio para recibir el tratamiento y que Sogamoso no se encuentre dentro de los municipios con prima especial poco importa, cuando ese no es el lugar de domicilio de la accionante, pues aquella reside en el municipio de paz de Río.

Asimismo, respecto al tercer requisito señalado, la Corte Constitucional ha entendido que el hecho de no tener la capacidad económica para sufragar el costo del tratamiento es una negación indefinida que no requiere ser probada y que invierte la carga de la prueba en la entidad accionada, que es la que tiene el deber de controvertir lo afirmado en el escrito de tutela.

Por lo cual, como la entidad accionada no demostró ni con el concepto de un especialista en la materia, ni con la improcedencia del tratamiento por motivos de salud, la negativa a seguir brindando el servicio de transporte el amparo es procedente, pues la señora GAITÁN CÁRDENAS tiene derecho a que la EPS a la cual se encuentra afiliado lleve a cabo los procedimientos que sean necesarios para garantizar que pueda recibir los tratamientos médicos de hemodiálisis que permitan su recuperación.

Así las cosas, la decisión no puede ser otra que la de conceder el amparo invocado por CLAUDIA ERNESTINA GAITÁN CÁRDENAS ordenando a la EPS SANITAS que, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de esta decisión, si aún no lo ha hecho, le suministre el servicio de transporte desde Paz de Río hasta Duitama para asistir a las terapias de hemodiálisis en la Unidad Renal RTS de esa ciudad cada vez que sea necesario.

Por último, se negará el recobro no solo porque como lo ha señalado la jurisprudencia constitucional ese es un tema económico que escapa a la naturaleza *iusfundamental* de la acción de tutela, sino además porque el ADRES ya giró a las EPS, incluida la accionada, los recursos del presupuesto máximo para el suministro de los servicios no cubiertos por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), con la finalidad de suprimir los obstáculos que impedían el suministro de todos los servicios que los pacientes requieren para el restablecimiento de su salud.

DECISIÓN:

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Promiscuo Municipal de Paz de Rio, Boyacá, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO. – TUTELAR los derechos fundamentales a la vida digna y salud de la accionante CLAUDIA ERNESTINA GAITÁN CÁRDENAS.

SEGUNDO. - ORDENAR a la EPS SANITAS que, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de esta decisión, le suministre a la accionante CLAUDIA ERNESTINA GAITÁN CÁRDENAS el servicio de transporte desde Paz de Río hasta el municipio de Duitama para asistir a las terapias de hemodiálisis en la Unidad Renal RTS de esa ciudad cada vez que sea necesario.

TERCERO. – NEGAR el recobro de los recursos necesarios para prestar el servicio de transporte, por las razones expuestas.

CUARTO. - NOTIFICAR a las partes en la forma prevista en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991, por el medio más ágil y eficaz.

QUINTO. - De no ser impugnada esta providencia, **REMITIR** el expediente a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

EMILIANO PARRA CAMACHO
JUEZ