República de Colombia

Rama Judicial del Poder Público

Juzgado Once Administrativo Oral del Circuito Judicial de Tunja

Tunja, veintidós (22) de junio de dos mil quince (2015).

Referencia: 150013333011-2015-00119 00
Controversia: ACCIÓN DE TUTELA
Demandante: PEDRO PABLO JIMENEZ GIL
Demandado: COMFAMILIAR HUILA

Decide el Despacho en primera instancia la Acción de Tutela instaurada por el señor PEDRO PABLO JIMENEZ GIL, quien actúa en nombre propio, en contra de la **EPS-S COMFAMILIAR HUILA**; en la que aduce vulnerados sus derechos fundamentales a la vida, salud, la seguridad social y la dignidad humana.

I. LA DEMANDA

El actor solicita se tutelen los derechos fundamentales a la vida, la salud, la seguridad social y la dignidad humana y que en consecuencia, se ordene al Representante Legal de la entidad demandada, autorizar los medicamentos y terapias ordenadas por los médicos especialistas tratantes, solicita que el tratamiento de su enfermedad sea recibido en la SAS HemoServices, por ser una IPS especializada en atención a la población Hemofílica y se incluya valoración por las otras especialidades médicas. Adicionalmente pretende que por su condición de discapacidad, que le imposibilita emplearse, se le exonere de copagos, excedentes y cuota moderadoras, solicita se le provea una silla de ruedas y el cubrimiento de los traslados para citas, exámenes y tratamientos que requiera, incluyendo los de su acompañante.

II. HECHOS

El actor refiere que es paciente con hemofilia tipo "A" y "B" severa, actualmente con inhibidores, que padece la enfermedad desde los nueve años de edad y en la actualidad cuenta con 29.

Aduce que durante sus 29 años ha estado hospitalizado más de 20 veces por urgencias, con hemorragias graves e incontrolables, debido a que la EPS-S

COMFAMILIAR HUILA, con sede en el Departamento de Boyacá, no le ha brindado el tratamiento oportuno e integral que requiere.

Expone que en la actualidad se encuentra postrado en una silla de ruedas que se desarma con facilidad y que la misma no fue entregada por la EPS-S, por lo que a su corta edad se encuentra en situación de discapacidad.

Alude que ha estado en el Hospital San Rafael de Tunja y en la ciudad de Bogotá en el Hospital Simón Bolívar y en la Fundación Cardio Infantil, lugares en los que le han suministrado el medicamento que necesita para sobrevivir en el momento de la urgencia, sin que el tratamiento sea en forma permanente.

Refiere que debido a la patología que presenta es necesario un tratamiento integral, para que su salud no se deteriore más y que para ello es necesario que sea remitido a los diferentes especialistas médicos, pues de no ser así seguiría en peligro su vida.

Cuenta que actualmente la EPS-S COMFAMILIAR HUILA, lo remitió para ser valorado en la entidad HemoServices, en la que el médico tratante ordenó varios tratamientos, entre otros la terapia de inmunotolerancia, indicada para mejorar el estado de salud en el que se encuentra, a través de medicamentos que pueden ser suministrados en el lugar de residencia, sin embargo dichos medicamentos no han sido autorizados por la EPS-S, sin tener en cuenta la gravedad de la enfermedad.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

El Director Administrativo de la EPS-S COMFAMILIAR HUILA, advierte que la entidad ha garantizado con eficiencia, calidad y oportunidad todas y cada una de las actividades, procedimientos, intervenciones y suministros que los médicos tratantes han dispuesto para su patología.

Precisa que en la actualidad al usuario se le está prestando el servicio en la Fundación Cardio Infantil, la cual garantiza un servicio integral para el manejo de

la enfermedad, ya que es de nivel IV y cuenta con los recursos y profesionales idóneos para prestar los servicios al usuario.

Finalmente solicita al Despacho que se declare improcedente la presente acción, en razón a que en ningún momento se vulneraron derechos fundamentales al actor.

III. C O N S I D E R A C I O N E S

1. Problema jurídico

El caso el problema principal se contrae a establecer si la CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA- COMFAMILIAR EPS-S, está vulnerando o no los derechos fundamentales a la vida, la salud, la seguridad social y la dignidad humana, del señor PEDRO PABLO JIMENEZ GIL al no otorgarle tratamiento oportuno para la enfermedad que padece. Así mismo, es pertinente establecer si como consecuencia de la tutela de tales derechos hay lugar a ordenar que la Entidad releve al usuario de copagos y cuotas moderadoras, le provea una silla y le cubra los costos de traslados a citas médicas, exámenes y tratamientos a él y a su acompañante.

2. Naturaleza de la acción de tutela.

La acción de tutela prevista en el artículo 86 de la Carta Política y reglamentada por los Decretos 2591 de 1991, 306 de 1992 y 1382 de 2000, como mecanismo directo y expedito para la protección de derechos fundamentales constitucionales, permite a las personas reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, la protección inmediata de los mismos, cuando quiera que resulten amenazados o vulnerados por la acción u omisión de cualquiera autoridad pública o de los particulares, siempre que no se disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que se trate de impedir un daño irremediable, en cuyo evento procede como mecanismo transitorio.

Este tipo de derechos, que se diferencian de los demás por ser indispensables para el desarrollo de la personalidad[1], gozan de este mecanismo constitucional ágil, breve, preferente y sumario, puesto al alcance de todas las

---

[1] *CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-538-1992. Magistrado Ponente. Dr. SIMÓN RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ.*

personas, para la protección real y efectiva cuando se consideran vulnerados, lesionados o amenazados por las autoridades públicas o por particulares en circunstancias específicas.

3. Protección constitucional del derecho fundamental a la salud, la seguridad social y la dignidad humana

La Corte Constitucional ha creado una abundante línea jurisprudencial en torno a la protección del derecho a la salud por intermedio de la acción de tutela, en la cual se ha indicado que el derecho a la salud es de raigambre fundamental[2], de tal forma que le corresponde al Estado, tanto como a los particulares comprometidos con la prestación del servicio público de salud, desplegar un conjunto de tareas, actividades o actuaciones encaminadas a garantizar el debido amparo de este derecho.[3]

El derecho fundamental a la salud, ha sido definido como "*la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser.*"[4] Esta definición responde a la necesidad de garantizar al individuo una vida en condiciones de dignidad, toda vez que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.

Así, la jurisprudencia de esa Corporación ha establecido la procedencia del amparo por vía de tutela de este derecho cuando se verifica alguno de los siguientes puntos: *"(i) falta de reconocimiento de prestaciones incluidas en los planes obligatorios, siempre que su negativa no se haya fundamentado en un criterio estrictamente médico y, (ii) falta de reconocimiento de prestaciones excluidas de los planes obligatorios, en situaciones en que pese a la necesidad de garantizarlas de manera urgente, las personas no acceden a ellas a causa de la incapacidad económica para asumirlas. En estos eventos, el contenido del derecho a la salud no puede ser identificado con las prestaciones de los planes obligatorios.*"[5]

---

[2] *Ver, entre otras, sentencias T-016/07, Humberto Antonio Sierra Porto; T-173/08 M.P : Humberto Antonio Sierra Porto; T-760/08, M.P. : Manuel José Cepeda Espinosa, T-820/08, M.P : Jaime Araujo Renteria;T-999/08, M.P. : M.P. Humberto Antonio Sierra Porto;T566/10, M.P. : Luis Ernesto Vargas Silva*
[3] *Sentencia T-999/08, M.P. Humberto Antonio Sierra Porto.*
[4] *Sentencia T-597/93, M.P: Jaime Araujo Renteria, reiterada en la sentencias T-454/08, M.P.: Jaime Córdoba Triviño T-566/10 M.P: Luis Ernesto Vargas Silva.*
[5] *Sentencia T-999/08. M.P: Humberto Antonio Sierra Porto.*

Según lo ha expresado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional[6] las personas tienen derecho a que se les presten los servicios –*requeridos*- que hacen parte del POS y la negativa de la entidad supone una vulneración de su derecho fundamental, en otras palabras "(...) *no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud.*"

Ahora bien, en lo que tiene que ver con los criterios que se deben tener en cuenta para acceder a tratamientos y medicamentos que requieren los pacientes cuando éstos no se encuentran en el POS, es del caso señalar que la jurisprudencia de la H. Corte Constitucional ha ido evolucionando. Tomando como punto de partida la sentencia T-760 de 2008 en la cual la Corporación circunscribió a cuatro los criterios que debía tener en cuenta el Juez para establecer si las pretensiones en tales casos, se encontraban llamados a prosperar, siguiendo con la sentencia T-940 de 2012, en la cual se incluyeron algunos cambios para concluir con la sentencia T-160 de 2014 en la cual se precisó *"debido a diversas situaciones, especialmente frente a la necesidad de cumplimiento adecuado de la Constitución y protección integral del derecho a la salud de los habitantes del territorio nacional, dichas subreglas han recibido algunas precisiones, a fin de acompasarlas aún más al espíritu de salvaguarda constitucional";* subreglas que fueron determinadas en dicho pronunciamiento así:

> *"Acorde con todo lo hasta aquí consignado, debe entonces examinarse, en cada caso específico, si el paciente cumple esas condiciones jurídicas y fácticas, de acuerdo a lo estipulado normativamente y por la jurisprudencia, para que sean amparados los derechos a la salud, la vida en condiciones dignas y la integridad personal, a saber:*
>
> *(i) La falta del servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento, vulnera o pone en riesgo los derechos a la salud, la vida, la integridad personal y/o de quien lo requiere, sea porque amenaza su existencia, o deteriora o agrava o no atenúa la afectación de la salud, con desmedro de la pervivencia en condiciones dignas.*
>
> *(ii) El servicio, intervención, procedimiento medicina o elemento no puede ser sustituido por otro que sí se encuentre incluido en el POS y supla al excluido, con el mismo nivel de calidad y efectividad.*

---

[6] *Sentencia; T 838 de 2009, MP.; María Victoria Calle Correa*

(iii) El servicio, intervención, procedimiento, medicina o elemento ha sido dispuesto por un médico, adscrito a la EPS o no, o puede inferirse claramente de historias clínicas, recomendaciones o conceptos médicos que el paciente lo necesita, siendo palmario que si existe controversia entre el concepto del médico tratante y el CTC, en principio prevalece el primero.

(iv) Se colija la falta de capacidad económica del peticionario o de su familia para costear el servicio requerido, dejando claro que, por el principio de buena fe y la protección especial que debe darse a quienes se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta, se presumen ciertas las afirmaciones realizadas por los accionantes, corriendo sobre las entidades prestadoras del servicio de salud la carga de probar en contrario".

El respeto al derecho fundamental a la salud no solo incluye el reconocimiento de la prestación del servicio *que se requiere* (POS y no POS); sino también su acceso oportuno, eficiente y de calidad.

La prestación del servicio en salud es *oportuna* cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. De forma similar, el servicio en salud es *eficiente* cuando los trámites administrativos a los que está sujeto son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir.[7] Así mismo, el servicio público de salud se reputa de *calidad* cuando los tratamientos, medicamentos, cirugías, procedimientos y demás prestaciones en salud requeridas contribuyen, en la medida de las posibilidades, a mejorar la condición del paciente[8]. Cabe resaltar que recientes disposiciones sobre la supresión de trámites innecesarios, en lo que atañe a las autorizaciones para servicio de salud se estableció[9]:

"ARTICULO 125. AUTORIZACIONES DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, tendrán la obligación de contar con sistemas no presenciales para autorizar los servicios de salud, de tal forma que el afiliado no tenga que presentarse nuevamente para recibir la misma. En ***ningún caso las autorizaciones podrán exceder los cinco (5) días hábiles contados a partir de la solicitud de la autorización****. De igual forma, las EPS contarán con sistemas de evaluación y seguimiento de los tiempos de autorización que deberán reportarse a la Superintendencia Nacional de Salud y publicarse periódicamente en medios masivos de comunicación. El incumplimiento de esta disposición acarreará las sanciones previstas en la ley.*

---

[7] *Sentencia T-760 de 2008, M.P: José Manuel Cepeda Espinoza*
[8] *Sentencia T 922/09, M.P: Jorge Iván Palacio Palacio*
[9] *Decreto 019 de 19 de enero de 2012*

La jurisprudencia constitucional ha señalado que el principio de integralidad impone su prestación continua, la cual debe ser comprensiva de todos los servicios requeridos para recuperar la salud. La determinación y previsión de los servicios requeridos para la plena eficacia del derecho a la salud, como reiteradamente se ha señalado, no corresponde al usuario, sino al médico tratante adscrito a la EPS, de la siguiente manera:

> *"La atención y tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud"*[10]

Así, la integralidad en la prestación del servicio de salud está encaminada a (i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio y (ii) evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología[11].

En consecuencia, una EPS vulnera el derecho fundamental a la salud de una persona cuando presta un servicio de salud fraccionado, pues tal como lo ha decantado la jurisprudencia, no importa si algunos de los servicios en salud son POS y otros no lo son, pues "*las entidades e instituciones de salud son solidarias entre sí, sin perjuicio de las reglas que indiquen quién debe asumir el costo y del reconocimiento de los servicios adicionales en que haya incurrido una entidad que garantizó la prestación del servicio de salud, pese a no corresponderle.*"[12]

La Resolución 5521 de 2013, por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), prevé entre los principios generales para la aplicación del POS en el artículo 3 el de calidad que incluye la continuidad en la prestación de los servicios; así mismo en las definiciones previstas en el artículo 8 numeral 30 de referencia y contrareferencia se precisa que los mismos se desarrollaran "garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios"

---

[10] *Sentencia T-1059 de 2006; M.P: Clara Inés Vargas Hernández*
[11] *Sentencia T-103 de 2009, M.P: Clara Inés Vargas Hernández*
[12] *Sentencia T-760 de 2008, M.P: José Manuel Cepeda Espinoza*

El Despacho advierte que cuando las Entidades que prestan el servicio a la salud incurren en omisiones que impiden el acceso a éste en forma eficiente, también afectan el derecho a la dignidad humana el cual se encuentra profundamente ligado al derecho a la salud, tal como lo indicó la H. Corte Constitucional en sentencia T-1271 de diciembre 18 de 2008 en la que se señaló:

> *"Ha de advertirse que la protección constitucional del derecho a la salud no se circunscribe a los eventos en los que el derecho a la vida o a la integridad física se encuentren directamente comprometidos.* ***El concepto de vida no se restringe a la existencia biológica del ser, ya que incorpora el valor de la dignidad. Por ello, resulta inaceptable someter a una persona que ve vulnerados sus derechos, entre ellos el de la salud, a tener que tolerar graves afecciones, o a soportar dolores insufribles, al impedírsele por un tiempo prolongado e indefinido el acceso efectivo y oportuno a los medios que aseguren una mejoría en su existencia****... La materialización del derecho a la salud supone una atención integral, que se inicia con los cuidados y atenciones básicas requeridas por la persona enferma, pasando por el suministro de medicamentos, realización de intervenciones quirúrgicas, práctica de procesos de rehabilitación, toma de exámenes de diagnóstico, hasta el seguimiento médico pertinente, y todo ello en procura del pleno restablecimiento de la salud del paciente. Ahora bien, si por alguna causa la patología que afecta al enfermo no es susceptible de mejorarse, se deben adoptar las medidas médicas necesarias para mitigar tales síntomas."*

Igual ocurre con el derecho a la seguridad social cuyo alcance fue fijado por la H. Corte Constitucional en sentencia T-848 de 2013 en la cual señaló:

> *"El derecho a la seguridad social protege a las personas que están en imposibilidad física o mental para obtener los medios de subsistencia que le permitan llevar una vida digna a causa de la vejez, del desempleo o de una enfermedad o incapacidad laboral. Tal como se indicó, el artículo 48 de la Carta indica que el sistema de seguridad social debe orientarse por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad".*

De lo expuesto, se concluye que la violación al derecho a la salud conlleva implícito la vulneración a los derechos a la dignidad humana y de seguridad social por cuanto el ser humano no debe ser sometido a dolores y afecciones que puedan ser tratados en forma oportuna.

4. Sobre la capacidad económica en materia de salud

La Corte Constitucional ha enseñado que la capacidad económica no se agota demostrando los ingresos netos del interesado, sino que es necesario hacer un ejercicio de ponderación en la que se determine que la vida de quien solicita el tratamiento No Pos puede verse afectada al sumir la carga de lo pretendido ante al EPS.

> *"La sentencia T-683 de agosto 8 de 2003, M. P. Eduardo Montealegre Lynett, sintetizó las reglas probatorias empleadas por la Corte en relación con la demostración de la incapacidad económica del paciente y su familia, para asumir el costo de los procedimientos, intervenciones y medicinas excluidos del POS. Dicha providencia respaldó los requerimientos de que (i) es al actor al que le corresponde probar el supuesto de hecho que conduciría a la prosperidad de sus pretensiones; (ii) si él afirma que carece de recursos económicos, a la entidad demandada le corresponde demostrar lo contrario; (iii) no existe tarifa legal para demostrar el nivel de recursos económicos; y, finalmente, (iv) se presume la buena fe a favor del solicitante, respecto de su afirmación indefinida sobre la ausencia de recursos económicos, sin perjuicio de la responsabilidad que le quepa si se llega a establecer que su aseveración es contraria a la realidad.*
>
> *Ahora bien, es pertinente precisar que el debate sobre la capacidad económica de quien acude a la tutela para reclamar una prestación médica NO POS no se agota demostrando sus ingresos netos. En estos casos, el juez de tutela debe hacer un ejercicio de ponderación que informe sobre la forma como el modo de vida del solicitante puede verse afectado en la medida en que asuma la carga de la prestación que pidió."*[13]

La Corte Constitucional señaló que cuando las autoridades supediten el acceso a los servicios de salud a la cancelación de pagos moderadores, ha reiterado que estos deben ser razonables y no constituir obstáculo contra la salud de quienes no cuentan con capacidad económica para sufragarlos:

> *"El legislador consideró procedente el cobro de las cuotas moderadoras y copagos, como mecanismo destinado a "racionalizar el uso de servicios del sistema" y a "financiar los servicios recibidos". Con fundamento en esos preceptos, los jueces de tutela han amparado a aquellas personas a quienes los pagos moderadores, por su precaria condición económica, representan un obstáculo para acceder a los servicios en el Sistema.*
>
> *Toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso a los servicios que requiera, así no los pueda costear. La entidad encargada de garantizar la prestación de los servicios de salud quebranta el derecho de acceder a ellos, si exige a un inope, como condición previa, la cancelación del pago moderador a que haya lugar en virtud de la reglamentación; en otras palabras, la empresa tendrá derecho a que le sean pagadas las sumas respectivas, pero no en desmedro del goce efectivo del derecho a la salud de una persona. Así,* ***las cuotas moderadoras, de recuperación o copagos, como instrumentos del SGSSS para garantizar su equilibrio financiero, son legítimas en la medida***

[13] *Sentencia T- 781 de 2013 M.P. Dr. Nilson Pinilla Pinilla*

en que no obstruyan o limiten el acceso a los servicios de salud de la población más pobre y vulnerable.*"(Negrilla fuera de texto)*

La Corte Constitucional[14] frente a que "*los pagos moderadores encuentran su justificación en el objetivo que persiguen, esto es, ayudar a financiar el sistema de seguridad social en salud y racionalizar el uso de este servicio público*", no es un requisito absoluto.

> "*La Corte ha señalado que en el evento en que una persona no tenga capacidad de pago suficiente y requiera un procedimiento o tratamiento médico sujeto a copago o cuota moderadora, la EPS-S deberá proceder a su prestación y cubrimiento total. Dicho postulado tiene el propósito que sagarantizar el efectivo acceso al servicio de salud y evitar una afectación al mínimo vital de quienes, sin siquiera contar con los recursos económicos para atender sus necesidades básicas, se ven obligados a erogar sumas que superan su nivel de ingresos*"[15].

Así las cosas, habrá lugar a relevar al paciente en caso que le sea imposible realizar el pago de los copagos, en razón a su precaria situación económica.

5. Sobre el cubrimiento de gastos de transporte para paciente y acompañante por la EPS:

La Resolución No. 5521 de 2013 prevé el transporte del paciente dentro del Pos así:

> ***"ARTÍCULO 124. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES.*** *El Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:*
>
> *-- Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.*
>
> *-- Entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remisora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.*
>
> *El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el*

---

[14] *Sentencia T-236 A de 2013 M.P. Dr. Nilson Pinilla Pinilla*
[15] *Idem*

concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

ARTÍCULO 125. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. *El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.*

PARÁGRAFO. *Las EPS igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de esta resolución, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no una UPC diferencial."*

El artículo 10 al que hace alusión la norma describe:

ARTÍCULO 10. PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA. *El acceso primario a los servicios del POS se hará en forma directa a través de urgencias o la consulta médica y odontológica no especializada.*

Los menores de 18 años o mujeres en estado de embarazo podrán acceder en forma directa a la consulta especializada pediátrica, obstétrica o por medicina familiar sin requerir remisión por parte del médico general y cuando la oferta disponible así lo permita.

Sobre el tema de transporte y traslados del paciente ha señalado la Corte Constitucional:

"La inclusión del transporte en el Plan Obligatorio de Salud que garantiza el cubrimiento del transporte para el paciente ambulatorio que requiere cualquier evento o tratamiento previsto por el acuerdo, en todos los niveles de complejidad, no es absoluta, dado que se requiere que: (i) la remisión haya sido ordenada por el médico tratante; (ii) en el municipio donde reside el paciente no existan instituciones que brinden el servicio ordenado; y (iii) la EPS-S donde se encuentra afiliado el paciente reciba una UPC diferencial o prima adicional. En los demás casos, la jurisprudencia Constitucional ha establecido que cuando el paciente no cuenta con los recursos para sufragar los gastos que le genera el desplazamiento y, éste, sea la causa que le impide recibir el servicio médico, esta carencia se constituye en una barrera para acceder al goce efectivo de su derecho a la salud. Es obligación del juez de tutela analizar las circunstancias de cada caso en particular y determinar si se cumple con los requisitos definidos por la jurisprudencia, caso en el cual, deberá ordenar los pagos de transporte que se requiera cuando se demuestre que carece de recursos económicos y su traslado para atender su salud es necesario para su recuperación."

De conformidad con lo anterior es claro que se deben materializar los requisitos previstos por la jurisprudencia para proceder a ordenar el cubrimiento de

gastos, solo en el evento que la única causal que impida el acceso al servicio de salud sea la falta de recursos económicos para el desplazamiento, será una barrera al derecho fundamental y deberá garantizarse por el Juez constitucional.

6. Los servicios y procedimientos requeridos POS y no POS.

De conformidad con la Resolución No. 5521 de 2013 por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), establece como incluido en el pos los medicamentos, como se advierte:

> ***"ARTÍCULO 36. SUMINISTRO DE SANGRE TOTAL O DE PRODUCTOS HEMODERIVADOS.*** *El Plan Obligatorio de Salud cubre los productos de banco de sangre listados en el presente acto administrativo y de conformidad con las normas que regulan la materia.*
>
> ***PARÁGRAFO.*** *Cuando el usuario requiera cualquiera de las tecnologías en salud correspondientes al banco de sangre listadas en el presente acto administrativo, los prestadores de servicios de salud y las entidades promotoras de salud no podrán exigir al afiliado el suministro en especie de sangre o de productos hemoderivados, como contraprestación a una atención en salud.*
>
> ***ARTÍCULO 41. COBERTURA DE MEDICAMENTOS.*** *La cobertura de un medicamento en el Plan Obligatorio de Salud está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.*
>
> *Los medicamentos descritos en el Anexo 01 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y por lo tanto, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por la Entidad Promotora de Salud.*
>
> ***PARÁGRAFO 1o.*** *Los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cualquiera que sea el origen, la forma de fabricación o el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en el mismo anexo.*
>
> ***PARÁGRAFO 2o.*** *En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado del Plan Obligatorio de Salud, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.*
>
> ***ARTÍCULO 50. GARANTÍA DE CONTINUIDAD EN EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.*** *Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los medicamentos cubiertos en el POS de forma ininterrumpida y continua, tanto al paciente hospitalizado, como al ambulatorio, de conformidad con el criterio del profesional tratante y las normas vigentes.*

> ***ARTÍCULO 51. MEDICAMENTOS DE PROGRAMAS ESPECIALES.*** *Es responsabilidad de las EPS garantizar el acceso y la administración de los medicamentos de Programas Especiales descritos en el Anexo 01 que hace parte integral del presente acto administrativo y suministrados por el Ministerio de Salud y Protección Social, según las normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública."*

Así las cosas es evidente que la EPS-S está en la obligación de garantizar el suministro de los medicamentos en forma efectiva, oportuna e ininterrumpida de conformidad con lo dispuesto por el médico tratante. Revisado el anexo 1 de la citada Resolución, se advierte que en el mismo se encuentra incluido el medicamento factor VIII con número de identificación 250.

No pasa por alto el Despacho que la misma normativa prevé en los artículos 129 y 130 las exclusiones específicas del POS y que entre ellas se encuentran lo relacionado con la silla de ruedas:

> *"ARTíCULO 130. EXCLUSIONES ESPECíFICAS. Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación - UPC- y son las siguientes:*
>
> *6. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas,* ***sillas de ruedas****, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales.*

Así es claro que en principio la provisión de elementos como la silla de ruedas, se encuentra excluida del POS.

Frente a los medicamentos No Pos ha señalado la jurisprudencia de la Corte Constitucional:

> *"La procedencia de la acción de tutela tiene como punto de partida que la falta de suministro del medicamento prescrito por el médico tratante agrave la situación de salud o impida restablecerla, comprometiendo la integridad personal o la pervivencia de quien lo requiere. En otras palabras, la inaplicación de la preceptiva legal o reglamentaria toma fundamento cuando la fortaleza vital esté decayendo o se encuentre en riesgo real, y solo con el suministro del fármaco recetado pueda ser protegida, de tal modo que la EPS, cumplidas las demás condiciones, deba proveerlo,* ***así esté fuera del POS****."*[16]

---

[16] *Corte Constitucional. Sentencia T- 781 de 2013 M.P. Nilson Pinilla Pinilla.*

De conformidad con lo anterior es claro que cuando se comprometa la integridad o la pervivencia de quien necesite un medicamento No Pos, la EPS está en la obligación de suminístralo así se encuentre fuera del POS.

7. Del caso concreto

El Despacho entra a estudiar si la situación de la accionante encaja en las condiciones que ha precisado la Corte Constitucional para materializar la vulneración al derecho fundamental a la salud.

El Despacho advierte que contrario a lo que plantea COMFAMILIAR HUILA el demandante no ha recibido la prestación de los servicios que requiere. En efecto a folio 27 obran las recomendaciones de egreso realizadas al momento en que el señor Jimenez Gil fue dado de alta en la Fundación Cardio Infantil en la cual se señala *"paciente quien requiere ser manejado por un centro de hemofilia por alto nivel de inhibidores"*. Así mismo, se observa que el paciente tiene remisión para especialidad de otorrinolaringología (f. 40) y hemato-oncología (f. 41) de las cuales no existe reporte de haber sido autorizadas por parte de la Entidad.

La primera de las subreglas establecidas por la jurisprudencia de la Corte Constitucional para reclamar la prestación de un servicio de salud por medio de la acción de tutela por parte de una persona inscrita en el régimen de salud contributivo o subsidiado, obedece a que el servicio se encuentre en el POS o POS-S.

Se encuentra acreditado que el médico tratante de la entidad de salud Hemoservices, ordenó el día 27 de mayo de 2015, la aplicación de los medicamentos FACTOR VIII (fl. 15) y FEIBA (fl. 16) al paciente Pedro Pablo Jiménez Gil (fl. 18), adicionalmente el médico tratante precisó en la historia clínica del paciente que el mismo requiere realización de titulación de inhibidores de manera seriada mínimo cada tres meses y tratamiento de rescate con agentes de punteo.

Así las cosas se evidencia que tratándose del medicamento ordenado por el médico tratante, denominado FACTOR VIII, se encuentra incluido en el POS según se determina en el anexo 1 de la RESOLUCIÓN 5521 de 2013 numeral 250.

El medicamento FEIBA o rFVIIa, no se encuentra en el listado previsto en el anexo 1 de la citada Resolución, sin embargo fue un medicamente ordenado por el médico tratante, quien advierte en la solicitud y justificación médica para medicamentos No Pos (fl. 20) que dicho medicamento es requerido por el accionante como quiera que existe riesgo para la vida y salud del paciente (fl. 21), además con dicha certificación se acredita el cumplimiento de la tercera sub regla como quiera que se expone que se agotaron las posibilidades terapéuticas establecidas en el POS.

Así las cosas a la luz de la jurisprudencia citada, en el caso de autos procede la inaplicación de la preceptiva reglamentaria, como quiera que la vida del paciente se encuentre en riesgo real y solo con el suministro del fármaco recetado puede mejorar su estado, de tal modo que la EPS, está en la obligación de proveerlo, así esté fuera del POS.

Respecto a la tercera subregla, consistente en que el procedimiento haya sido ordenado por el médico tratante adscrito a la Entidad prestadora del servicio de salud correspondiente, observa el Despacho que según las circunstancias fácticas y probatorias del caso particular, el paciente fue atendido en el servicio médico de HemoServices S.A.S. por consulta el 27 de mayo de 2015, fecha en la que se diagnosticó que el paciente requería tratamientos de titulación de inhibidores de manera seriada mínimo cada tres meses y tratamiento de rescate con agentes de punteo, con aplicación de los medicamentos Factor VIII y FEIBA o rFVIIa (fl.75-77) y se dieron las formulas correspondientes (fl.72-74)

Se encuentra acreditado que la entidad HemoServices S.A.S, suscribió contrato de prestación de servicios de salud por eventos con al EPS-S COMFAMILIAR HUILA, con el objeto de prestar el servicio de forma integral a los pacientes con Hemofilia y otras coagulopatías en la modalidad de profilaxis, para toda la población afiliada del Departamento de Boyacá, por el término comprendido entre el 1 de marzo de 2015 y el 29 de febrero de 2016 (fl 63-67)

Así mismo se probó que el día 18 de junio del año en curso, el paciente asistió nuevamente a consulta y el médico tratante ordenó los mismos tratamientos y medicamentos señalados en consulta del 27 de mayo, dejando la siguiente anotación en la historia clínica "*aun la EPS no ha autorizado la inmunotolerancia, lo cual pone en riesgo la vida del paciente, ya que los sangrados en presencia de inhibidores son de difícil manejo y pueden comprometer la vida del paciente*

como en las ultimas hospitalizaciones, que ha requerido soporte transfusional en una ocasión, la orden de interconsulta para ginecología y obstetricia, suscrita por la médica general que atendió a la paciente en la entidad prestadora de salud" (fl.69), hechos que ineludiblemente dejan ver que el médico especialista que ha valorado al paciente hace parte de la entidad HemoServices S.A.AS. que presta el servicio de salud a la EPS-S.

Frente a los requisitos previstos para que no sea el paciente el que asuma el costo de los medicamentos excluidos del POS, es claro que en el caso de autos se cumplen, se encuentra acreditado que el señor Pedro Pablo Jiménez Gil, se encuentra afiliado al SISBEN[17], con puntaje 39,43 (fl.84) lo que significa que de conformidad con lo previsto en la Resolución 3778 de 2011[18], en concordancia con el documento CONPES 117 de 2008[19] el accionante se encuentra en nivel 1 del SISBEN.

Atendiendo a que el paciente se encuentra afiliado al régimen subsidiado nivel I, presume el Despacho que no cuenta con los recursos económicos para asumir los gastos que implican la compra del medicamento ordenado, tal como lo ha previsto en casos similares la Corte Constitucional: *"...respecto de las personas afiliadas al SISBEN esta Corporación ha establecido una* ***presunción de incapacidad económica frente a los mismos,*** *por cuanto hacen parte de la población más pobre y vulnerable de Colombia.[20]"*; se presume la buena fe del solicitante y como quiera que afirmó que carece de recursos económicos, correspondía a la Entidad demandada demostrar lo contrario, sin que se verifique en el plenario prueba que desvirtúe lo afirmado por el tutelante. Así las cosas está plenamente acreditada el cuarta subregla.

Se encuentra plenamente demostrado en el expediente, que el paciente requiere la atención urgente, como quiera que está en riesgo su vida, tal como lo señaló en la historia clínica el médico tratante (fls. 68-70) y en la en la solicitud y justificación médica para medicamentos No Pos (fls. 78,79) por lo tanto, la mora en la autorización de los medicamentos y tratamientos por parte de la EPS-S a la que se encuentra afiliado el actor, implica incrementar padecimientos y poner en riesgo la vida del afiliado; lo que sin lugar a dudas se constituye en una

---

[17] *Consulta efectuada por el Despacho en https://www.sisben.gov.co/ConsultadePuntaje.aspx*
[18] *Por la cual se establecen los puntos de corte del Sisbén metodología III y se dictan otras disposiciones.*
[19] *Por medio del cual se hace la actualización de los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios de programas sociales.*
[20] *En dicho sentido, en la sentencia T-908 de 2004, esta Corporación señaló: "Cuando una persona ha demostrado que se encuentra clasificado en el nivel 2 del SISBEN, no tiene que presentar pruebas adicionales de que es incapaz de asumir el valor de las cuotas moderadoras correspondiente a un tratamiento de alto costo, como es el caso de quien padece un tumor maligno. En estos eventos corresponde a la contraparte desvirtuar dicha situación."*

vulneración a sus derechos fundamentales de salud, vida y su existencia en condiciones dignas, con mayor razón cuando la otra entidad que lo ha tratado, esto es la Clínica Cardioinfantil, ha informado a este Despacho que el paciente ha sido tratado a través de la especialidad de Hemato- Oncología, con diagnóstico de hemofilia severa Tipo A, con última hospitalización del día 31 de mayo al 3 de junio de 2015, que en anteriores oportunidades ha presentado hematomas que han requerido el uso de terapia antiinhibidores con factor VII activado o con Feiba (fl.83) Así las cosas, de conformidad con las pruebas obrantes los medicamentos y tratamientos ordenados al paciente son necesarios para conservar su vida.

Para el Despacho resulta contrario a los principios constitucionales que la EPS-S COMFAMILIAR HUILA, a la fecha no haya autorizado los medicamentos y tratamientos correspondientes, a sabiendas del riesgo que corre la vida del paciente, violando de forma ostensible el derecho a la salud, la vida y la dignidad humana del señor Pedro Pablo Jiménez Gil, con el agravante de haber desconocido una orden judicial emitida a través de medida provisional ordenada en auto de fecha 5 de junio (fls. 44,45), en la que se instó para que en forma inmediata realizara los trámites médicos y administrativo para que la IPS HemoServices S.A.S. pudiera iniciar el tratamiento que requiere el paciente y autorizara de manera urgente los medicamentos para los tratamientos ordenados por el médico tratante.

Así las cosas la entidad EPS'S COMFAMILIAR HUILA desde el momento que el especialista dio las órdenes correspondientes tenía el deber de autorizar los tratamientos y medicamentos, en un máximo de 5 días. En consecuencia se configuran todas las subreglas que ha determinado la Corte Constitucional para proteger el derecho a la salud, máxime con mayor razón en el caso de autos donde se encuentra plenamente demostrado que el paciente requiere con urgencia de los mismos para salvaguardar su vida.

Adicionalmente la jurisprudencia constitucional ha dejado claro que es procedente inaplicar las normas del Plan Obligatorio de Salud o del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado que excluyen determinados medicamentos, procedimientos y servicios en el evento que la ausencia de procedimiento médico lleve a la amenaza o vulneración de los derechos a la vida o la integridad física del paciente, aunado al hecho que el tratamiento excluido del plan obligatorio ha sido ordenado por el médico tratante del afiliado, profesional adscrito a la entidad prestadora de salud a la que se solicita el suministro y que el paciente no cuenta con la capacidad económica para asumir cargas de su salud.

Es claro que el Estado se encuentra obligado a proteger, de manera especial, a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentran en estado de debilidad manifiesta, en el caso concreto se encuentra acreditado que el accionante es DISCAPACITADO, tal como lo manifestó en el escrito introductorio y de conformidad con la historia clínica que refiere en la actualidad se encuentra postrado en silla de ruedas (fl. 17, 68), de manera que el compromiso del Estado con la prestación de los servicios médico asistenciales, que demandan las personas que carecen de recursos para atenderlos y que por su estado de salud físico o mental, edad y nivel de desarrollo tienen derecho a que el Estado y la sociedad les brinden un trato preferente, no está sujeto a las restricciones que imponen los Planes Obligatorios, como tampoco está sujeta a dichas restricciones la atención en salud que se conecta con la existencia misma de la persona y con su derecho a vivir con dignidad.

Del precedente jurisprudencial de la Corte Constitucional se concluye que cuando un usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que por su estado de salud, demanda una actividad, un procedimiento, una intervención, o un medicamento excluido del Plan que rige su vinculación, debe ser atendido pero cambia la modalidad de la prestación, porque la empresa a la que se encuentra afiliado no se exonera de la prestación, sino que puede exigir del Estado el reintegro de los gastos en que incurre, lo anterior porque mientras permanezca el usuario afiliado al Sistema de Seguridad Social en salud la empresa promotora o a la administradora debe velar por su atención integral.

Así las cosas en el evento que el accionante requiera para la protección de su derecho a la vida, salud y dignidad humana, la realización de otros procedimientos, medicamentos o servicios NO POS, la EPS-S COMFAMILIAR HUILA deberá garantizar la prestación del servicio y exigir con posterioridad del Departamento de Boyacá – Secretaría de Salud, el reintegro de los gastos causados.

En lo que se refiere a reembolsos, la Corte Constitucional en Sentencia T-760 de 2008, precisa: *"Se advierte que los reembolsos al Fosyga únicamente operan frente a los servicios médicos ordenados por jueces de tutela o autorizados por el CTC en el régimen contributivo. En estos mismos casos, cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado,* ***la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su***

costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la demanda. *" (negrilla fuera de texto)*

Para el caso de autos es evidente que en lo que atañe al acceso a servicios y autorizaciones requeridas, es deber exclusivo de la EPS-S garantizar su prestación efectiva al paciente, como quiera que parte de ellos hacen parte del POS, tal como se verifica en la Resolución 5521 de 2013 y que debe suministrar los NO POS teniendo en cuenta que se encuentra en riesgo la vida del paciente y se cumplen las reglas previstas por la jurisprudencia para que la EPS-S garantice de forma inmediata el servicio integral en el tratamiento ordenado por el médico tratante al paciente PEDRO PABLO JIMENEZ GIL.

Ahora bien las entidades prestadoras de salud deben garantizar integralmente el acceso a los servicios que se requieran, es decir, éstos no pueden ser fraccionados por el hecho de que sólo autoriza en una parte de lo que debería recibir el interesado para recuperar su salud, pues la Entidad debe responder por todo el tratamiento que requiera el paciente para superar la enfermedad de Hemofilia severa que lo aqueja.

Frente a la pretensión del accionante consistente en ser exonerado de copagos, excedentes y cuotas moderadoras, es claro para el Despacho que su condición de afiliado al Sisben (fl. 84), de conformidad con lo señalado por la Corte Constitucional, hace presumir su precaria condición económica, aunado al hecho de su condición física de discapacitado respaldado por lo señalado en la historia clínica por el médico tratante, relacionado con su estado de postración en silla de ruedas, lo que hace inferir al Despacho que pese a que el accionante cuente con 29 años de edad((fl. 13), su condición le dificulta la posibilidad de emplearse y por consiguiente de percibir lo necesario para su congrua subsistencia, tal como lo señala la literatura médica *"las lesiones articulares y los episodios hemorrágicos frecuentes hacen que en la actualidad un gran porcentaje de los hemofílicos adultos terminen siendo individuos discapacitados, para quienes es difícil manejar un empleo que les permita atender a su sustento y el de sus familias".*[21]

En el caso concreto se encuentra que el accionante: a) hace parte de un segmento poblacional de muy bajos ingresos; hecho que se acredita con su vinculación al Sisben (fl. 82,84), es un sujeto de especial protección constitucional; por su condición de discapacitado (fl. 17), c) la grave afectación a

[21] *http://www.encolombia.com/medicina/fmc/Heraldo232/Heraldo232SuplementoConte.htm*

la salud y a la capacidad de trabajo, por hemartrosis de codo y muñeca derechas y artropatía hemofilia de codo, muñeca derecha y rodillas (fl. 24), permiten determinar que la situación del señor Pedro Pablo Jiménez Gil se enmarca dentro del supuesto de quienes no tienen ni pueden obtener solvencia para sufragar el valor de los *"pagos moderadores"*, impuestos en este caso para el tratamiento ordenado por el médico tratante de HemoServices, de cuyo cubrimiento será exonerado por las razones que han sido expuestas y considerando que tales pagos no pueden obstaculizar el acceso a los servicios de salud que le han sido prescritos por el médico tratante.

Con relación al transporte del paciente, es preciso señalar que de conformidad con lo previsto en la Resolución No. 5521 de 2013, el transporte debe ser asumido por la EPS-S para pacientes ambulatorios cuando deba desplazarse a un sitio diferente al de su residencia siempre que se traten de servicios primarios lo cual no ocurre en el presente caso, hecho que excluye al accionante, como quiera que la atención requerida es por especialista, adicional a lo anterior en el caso concreto no se encuentra acreditado que el único motivo por el cual el accionante no pueda recibir el servicio de salud es por su imposibilidad de traslado, tal como lo ha señalado la jurisprudencia, motivos por los cuales, este Despacho negará la pretensión correspondiente, pues los motivos que impiden en la actualidad la atención al paciente es la omisión en la expedición de autorizaciones por parte de la EPS-S.

En cuanto a la silla de ruedas que solicita el accionante, es preciso señalar que de conformidad con lo previsto en el artículo 130 numeral 6 de la Resolución No. 5521 de 2013, la silla de ruedas se encuentra enumerada dentro de las exclusiones especificas del POS, en consecuencia la pretensión debe negarse.

8. CONCLUSIÓN.

En este orden de ideas y conforme a los argumentado Ut supra, se responde entonces al problema jurídico principal planteado, es decir que la accionada EPS-S COMFAMILIAR HUILA vulneró los derechos fundamentales a la salud, la seguridad social y la dignidad humana de PEDRO PABLO JIMENEZ GIL,

al no otorgarle las autorizaciones necesarias a efectos que fuese atendido en forma oportuna, por la omisión en la expedición de las autorizaciones, para que el paciente reciba los medicamentos de factor VIII y Feiba, y los tratamientos de inmunotolerancia, de rescate con agentes de punteo y titulación de inhibidores de manera seriada, al haberse acreditado fueron ordenados con urgencia por el médico tratante; en general por omitir la prestación integral del servicio de salud al paciente.

Por encontrarse acreditadas las condiciones para ello, de conformidad con lo expuesto, se ordenará a Comfamiliar EPS–S, seccional Tunja, por conducto de su representante legal o quien haga sus veces, que si aún no lo ha efectuado, en el término de veinticuatro (24) horas, contadas a partir de la notificación de esta providencia, autorice los tratamientos y medicamentos que prescribió el médico tratante, el cual se practicará en las circunstancias de tiempo, modo y lugar que médicamente se determine, sin que para ello ni para el tratamiento integral que el paciente requiera, **por su enfermedad de Hemofilia tipo A severa** que proceda el cubrimiento de ningún pago moderador. Frente al pago del trasporte o traslados del paciente no serán ordenados al igual que el suministro de la silla de ruedas.

Igualmente la EPS-S COMFAMILIAR HUILA, entidad a la que está afiliado el señor PEDRO PABLO JIMENEZ GIL identificado con C.C. No. 4.138.306, como entidad prestadora del servicio deberá garantizar el derecho al usuario de la estabilidad en las condiciones del servicio y evitar la afectación de los principios que gobiernan la garantía del derecho a la salud, como lo son la integralidad en el tratamiento de salud y la no regresividad en la prestación de los servicios, en consecuencia se EXHORTARÁ al Representante Legal de EPS-S COMFAMILIAR HUILA para que realice las gestiones administrativas de su competencia para garantizar la prestación de todos los servicios requeridos por el accionante, de manera inmediata y permanente, con el fin de garantizar el adecuado manejo, tratamiento y recuperación de la patología que padece y conforme a los requerimientos del médico tratante.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Once Administrativo Oral del Circuito de Tunja, actuando en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

Primero: TUTELANSE los derechos fundamentales a la vida, a la salud, a la seguridad social y a la dignidad humana de PEDRO PABLO JIMENEZ GIL, identificado con C.C. No.4.138.306, por las razones expuestas.

Segundo: ORDENAR a la EPS-S COMFAMILIAR, a través de su representante Legal o quien haga sus veces, que en el término de veinticuatro (24) horas contadas a partir de la notificación de esta providencia, tramite lo que corresponda, para autorizar los medicamentos de factor VIII y Feiba, y los tratamientos de inmunotolerancia, de rescate con agentes de punteo y titulación de inhibidores de manera seriada ordenados por el médico tratante de la IPS Hemoservices S.A.S. al paciente Pedro Pablo Jiménez Gil, identificado con C.C. NO. 4.138.306, sin imponerle cargas administrativas ni económicas, debiendo además prestarle atención integral, oportuna, eficaz y de calidad.

Tercero: ORDENAR a la EPS-S COMFAMILIAR, por conducto de su representante legal o quien haga sus veces, que si aún no lo ha efectuado, en el término de veinticuatro (24) horas, contadas a partir de la notificación de esta providencia, autorice las remisiones, los tratamientos y medicamentos que prescribió el médico tratante, el cual se practicará en las circunstancias de tiempo, modo y lugar que médicamente se determine, sin que para ello ni para el tratamiento integral que el paciente requiera, por su enfermedad de Hemofilia tipo A severa proceda el cubrimiento de ningún pago moderador.

Cuarto: EXHORTAR al al Representante Legal de EPS-S COMFAMILIAR HUILA para que realice las gestiones administrativas de su competencia para garantizar la prestación de todos los servicios requeridos por el accionante, de manera inmediata y permanente, con el fin de avalar el adecuado manejo, tratamiento y recuperación de la patología que padece y conforme a los requerimientos del médico tratante

Quinto: Negar las pretensiones consistentes en el cubrimiento de traslados y transportes del paciente y su acompañante y el suministro de silla de ruedas de conformidad con lo expuesto.

Sexto: NOTIFÍQUESE esta providencia a cada uno de los interesados, a través del Centro de Servicios de los Juzgados Administrativos por el medio más expedito, para cuyo efecto se podrá utilizar el fax o el teléfono, si fuere necesario conforme al procedimiento previsto en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991. Déjense las constancias pertinentes y alléguense al expediente.

Séptimo: Si este fallo no fuere impugnado, envíese junto con el expediente a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión, conforme lo consagra el artículo 31 del Decreto 2591 de 1991.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

PATRICIA SALAMANCA GALLO
Juez