



**JUZGADO DIECISIETE ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ D.C.
SECCIÓN SEGUNDA**

Bogotá D.C., seis (06) de julio de 2022

Radicación: 1100133350172022-00214-00.1
Accionante: Agueda Díaz León.
Accionada: Nueva EPS y CAFAM IPS.

Sentencia No.

No encontrándose causal alguna que pueda anular lo actuado, agotadas las etapas previas, procede el despacho a dictar **SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA** en la ACCIÓN DE TUTELA referente.

La solicitud: El día 23 de junio de 2022, la señora Agueda Díaz León, actuando en nombre propio, instauró acción de tutela contra las entidades referidas previamente, por estimar vulnerados sus derechos fundamentales a la seguridad social, salud, vida digna y principio de continuidad e integralidad en el servicio público de salud, consagrados en la constitución.

Pretende la tutelante, por intermedio de la presente acción constitucional, se ordene a las accionadas: (i) Autorizar, programar y ejecutar los procedimientos, tratamientos integrales necesarios, incluidas las citas a especialistas, entrega de medicamentos, insumos y demás elementos necesarios para mitigar los riesgos o mantener las condiciones dignas de vida (ii) se apruebe el tratamiento integral para mitigar todas las patologías, exámenes de laboratorio o especializados y demás procedimientos necesarios que como paciente requiere al padecer una enfermedad catastrófica y de alto costo (iii) otorgar atención médica diligente, eficiente, adecuada y oportuna sin dilaciones administrativas injustificadas, por aquellos eventos no contemplados en el POS, y que sean debidamente ordenados por los médicos tratantes. (iv) autorizar la exoneración de copagos o cuotas moderadoras por los servicios que se le presten por padecer enfermedad catastrófica y otros cuadros clínicos complejos. (v) Efectuar la entrega de los medicamentos e insumos prescritos por los médicos tratantes en la modalidad de servicio domiciliario, conforme lo evalúa el Comité Científico asignado para el caso concreto. (vi) Que en caso de considerarse la continuidad del tratamiento al paciente en su lugar de residencia, se autorice el servicio de cuidador las 24 horas para el apoyo y asistencia médica. (vii) Advertir a las directivas de las accionadas que no deben incurrir en hechos similares atentando contra los derechos fundamentales, so pena de verse sometidos a las sanciones pertinentes.

Mediante Auto de Sustanciación No. 435 del 23 de junio de 2022, se admitió la presente acción y se ordenó a la Nueva EPS, que dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la notificación de esta providencia, entregue a la señora Agueda Díaz León, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 37.825.696 de Zapatoca – Santander, el medicamento denominado Letrozole 2.5 Mg comprimido, en cantidad de 90 unidades, para 90 días de tratamiento, conforme a autorización obrante a folio 23 del PDF “003EscritoTutela”.

Contestaciones:

Nueva E.P.S.: Con memorial dirigido al correo electrónico de este Despacho, la Doctora Laura Natalie Mahecha Buitrago, como apoderada de la Nueva EPS, rindió informe manifestando que su representada ha venido asumiendo todos los servicios médicos que ha requerido la paciente, en distintas ocasiones para el tratamiento de todas las patologías presentadas en los periodos que ha tenido afiliación con la EPS, siempre que la prestación de dichos servicios médicos se

¹ secretaria.general@nuevaeps.com.co; notificacionesjudiciales@cafam.com.co; tutelas@cafam.com.co; aguedadiaz2022@gmail.com;

encuentre dentro de la órbita prestacional enmarcada en la normatividad que para efectos de viabilidad del Sistema General de Seguridad social en Salud ha impartido el Estado colombiano.

Que la Nueva EPS no presta el servicio de salud directamente, sino a través de una red de prestadores de servicios de salud contratadas, las cuales son avaladas por la secretaria de salud del municipio respectivo; dichas IPS programan y solicitan autorización para la realización de citas, cirugías, procedimientos, entrega de medicamentos, entre otros, de acuerdo con sus agendas y disponibilidad.

Respecto a la medida provisional ordenada afirmó que se encuentra autorizado mediante orden No. 180138905 la entrega del medicamento denominado Letrozol 2.5 MG Tableta, en la Farmacia Cafam, pendiente de soporte de entrega. Que revisada la base la base de afiliados de Nueva EPS, se evidencia que AGUEDA DIAZ LEON CC 37825696, se encuentra en estado ACTIVO al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de Nueva EPS en el RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

Afirma que en los documentos allegados no se evidencia la prescripción médica para el servicio de cuidador, ni radicación de servicios que hayan sido negados, por lo que no existe vulneración de derechos fundamentales a la actora.

Efectúa un breve recuento sobre la vigencia de las autorizaciones, la improcedencia para señalar un lugar o médico tratante específico, la autonomía de la EPS respecto al modelo de atención a los afiliados, la necesidad de una orden médica actual que prescriba los servicios o tecnologías solicitadas, la improcedencia del cuidador y el principio de solidaridad familiar.

Afirma que en el asunto ahora analizado no se demuestran los requisitos jurisprudenciales para acceder a los servicios no PBS solicitados, pues solo de manera subsidiaria ante la imposibilidad de que el propio afiliado o sus familiares cercanos puedan sufragar estos gastos el Estado concurre. De no cumplirse esta primera condición, y de no resultar probada la ausencia de capacidad económica en el trámite de la acción de tutela, serán el afiliado y su familia los encargados de asumir los costos y cuidado de su pariente necesitado.

Consideró improcedente a presente acción para reclamar la exoneración de copagos y cuotas moderadoras puesto que se trata de una pretensión meramente económica que no puede ser dirimida a través del mecanismo constitucional. Afirma que no es obligación legal de esa EPS, la de asumir la cobertura de los gastos de copagos y cuotas moderadoras puesto que estos no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud. Que no basta con la afirmación indefinida del accionante respecto de su incapacidad económica o la de su familia; debe el Juez rector del proceso llegar a la certeza de esta, con el objeto de que se determine el acceso al suministro de elementos, medicamentos o tecnologías que no están incluidas dentro de la órbita prestacional del Plan de Beneficios.

Por todo lo expuesto, solicita negar las pretensiones de la demanda o en su defecto se indique concretamente los servicios y tecnologías de salud que no están financiados con recursos de la UPC que deberá ser autorizado y cubierto por la entidad, y que este sea especificado literalmente dentro del fallo. Se ordene al ADRES reembolsar todos aquellos gastos en que incurra NUEVA EPS en cumplimiento del presente fallo de tutela y que sobrepasen el presupuesto máximo asignado para la cobertura de este tipo de servicios. De ordenarse tratamiento integral, especificar en el resuelve del fallo la patología por el cual se está ordenando con el objeto de determinar el alcance de la acción constitucional.

Que en caso de tutelar el derecho fundamental incoado y acceder a la totalidad de las pretensiones en salud, se solicita que previo a autorizar cualquier tratamiento en que no exista una orden médica o esta no se encuentre vigente, se ordene una valoración previa por parte del galeno adscrito a la red de prestadores de la EPS, con el objeto de determinar con criterio médico la necesidad de los servicios solicitados. Finalmente, que en caso de conceder el amparo solicitado y de no encontrarse el medicamento o de haber perdido vigencia las prescripciones médicas objeto de la acción de Tutela,

se ordene que mediante revisión del médico tratante se dé otro de iguales características que permitan continuar con el tratamiento de la patología presentada o se evalúe la necesidad actual de este.

CAFAM IPS: Mediante escrito dirigido al correo institucional de este Despacho, la Doctora María Camila Vargas Jáuregui, como apoderada judicial de la Caja de Compensación Familiar – CAFAM, rindió informe manifestando que autorizar y direccionar los medicamentos, descritos por la accionante, así como su tratamiento integral, corresponde a un servicio a cargo del asegurador y el ministerio de salud, motivo por el cual en ningún caso le concierne a la I.P.S. CAFAM.

Que, revisada la base de datos, se evidenció que para la señora Agueda Díaz León, a la fecha no se cuenta con pendientes ni autorizaciones vigentes por parte de la I.P.S CAFAM, en la entrega de los medicamentos solicitados. Anexa certificada de entrega del medicamento denominado “Anastrozoll mg y Letrozol 2.5mg”, del día 28 de junio del año 2022; puntualizando que Caja de Compensación Familiar CAFAM, se encuentra al día en la entrega de los medicamentos requeridos por la usuaria.

Competencia. Este Despacho es competente para proferir fallo de tutela de primera instancia, toda vez que los hechos que motivaron la solicitud se encuentran dirigidos contra una entidad del orden nacional – Nueva EPS; lo anterior, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 37 del Decreto 2591 de 1991, 1º del Decreto 1382 de 2000 y 1983 de 2017.

Legitimación por activa. La acción de tutela puede ser promovida por cualquier persona, ya sea por sí misma o por medio de un tercero quien actúe en su nombre, cuando sus derechos constitucionales resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de las autoridades públicas y excepcionalmente por los particulares.

En el presente asunto la acción de tutela es presentada por la señora Agueda Díaz León, en nombre propio, legitimada para presentar la acción en procura de la defensa de sus derechos fundamentales a la seguridad social, salud, vida digna y principio de continuidad e integralidad en el servicio público de salud, pues que considera que las accionadas al abstenerse de efectuar la entrega de los medicamentos ordenados por el médico tratante y que son necesarios para dar continuidad al tratamiento por el diagnóstico de “*Carcinoma Ductal de mama izq. Variante Micropapilar*” la han afectado gravemente, por lo que a consideración del Despacho, la accionante, se encuentra legitimada para formular la presente acción.

Legitimación por pasiva: El artículo 5 del Decreto 2591 de 1991 establece que la acción de tutela procede contra toda acción u omisión de una autoridad pública que haya violado, viole o amenace un derecho fundamental. También procede contra acciones u omisiones de particulares, de conformidad con lo establecido en el Capítulo III del Decreto. En el presente caso las demandas se encuentran legitimadas por pasiva, pues de ellas emana la omisión que para la accionante resulta lesiva de sus derechos fundamentales, pues considera que se encuentra en cabeza de las accionadas la obligación de proveer el medicamento y en general cualquier servicio médico requerido para dar continuidad a su tratamiento en atención a su afiliación al régimen contributivo, por lo que a consideración del Despacho se encuentra legitimadas por pasiva para comparecer a las presentes diligencias.

Requisitos generales de la procedibilidad de la tutela.

Inmediatez: El principio de inmediatez de la acción de tutela está instituido para asegurar la efectividad del amparo y, particularmente, garantizar la protección inmediata de los derechos fundamentales que se encuentren amenazados o se hayan visto vulnerados por la acción u omisión de una autoridad pública o de un particular en los casos previstos en la Constitución y demás normas reglamentarias, así como en la jurisprudencia de esta Corporación. Por lo tanto, el transcurso de un lapso desproporcionado entre los hechos y la interposición del amparo tomaría a la acción de improcedente, puesto que desatendería su fin principal.

En el caso concreto manifiesta la accionante que, pese a haber acudido en varias ocasiones a reclamar el medicamento denominado Anastrozole 1MG tableta recubierta, se le informó que el mismo se encontraba agotado, motivo por el que requirió nueva cita médica con su médico tratante que optó, ante

la situación administrativa, por recetarle Letrozole 2.5MG, en reemplazo del agotado el día 14 de junio de 2022. Pese a lo anterior, afirmó la accionante que el nuevo medicamento prescrito también se encontraba agotado, por lo que no ha podido dar continuidad a su tratamiento.

La presente acción de tutela, fue radicada el día 23 de junio de 2022, término prudente y razonable que satisface este primer requisito considerando que la supuesta vulneración aún persiste en el tiempo.

Subsidiariedad: En virtud de lo dispuesto en el artículo 86 de la Constitución Política, la reiterada jurisprudencia constitucional adoptada en la materia, y los artículos concordantes del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela tiene un carácter residual y subsidiario, razón por la cual sólo procede excepcionalmente como mecanismo de protección definitivo: (i) cuando el presunto afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, (ii) cuando existiendo, ese medio carezca de idoneidad o eficacia para proteger de forma adecuada, oportuna e integral los derechos fundamentales, en las circunstancias del caso concreto; así mismo, procederá como mecanismo transitorio cuando se interponga para evitar la consumación de un perjuicio irremediable a un derecho fundamental. En el evento de proceder como mecanismo transitorio, la protección se extenderá hasta tanto se produzca una decisión definitiva por parte del juez ordinario.

Al respecto, la **Corte Constitucional** ha explicado la subsidiariedad así:

“La Constitución Política de Colombia prescribe sobre la acción de tutela: “artículo 86: (...) Esta acción solo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable”.

Así las cosas, esta acción es de carácter excepcional y subsidiaria. Esto es, únicamente procede cuando no se disponga de otro medio de defensa judicial o, en el evento en el cual, a pesar de existir el medio de defensa, este no resulte idóneo para la protección del derecho y se hace necesaria la adopción de una medida transitoria que evite la ocurrencia de un daño irremediable. En este sentido, la Corte Constitucional ha precisado en abundante jurisprudencia que “cuando el juez de tutela deba decidir en relación con la vulneración o amenaza de un derecho fundamental habrá de verificar si existe o no otro medio de defensa judicial ante el cual pueda ventilarse el conflicto”.

Este precepto constitucional ha sido desarrollado en el numeral 1º del artículo 6º del Decreto 2591 de 1991, en el cual se reitera la improcedencia de la tutela en aquellos casos en que existan otros medios de defensa judicial de los cuales pueda hacer uso el accionante. En este sentido, la Corte Constitucional ha reiterado en múltiples oportunidades que en virtud del principio de subsidiariedad de la tutela, los conflictos jurídicos relacionados con los derechos fundamentales deben ser, en principio, resueltos por las vías ordinarias, tanto jurisdiccionales y administrativas, y sólo es posible la procedencia de la acción de tutela cuando las mencionadas vías no existan o no resulten adecuadas para proteger los derechos del recurrente.

Esta restricción a la protección por vía de tutela no resulta sin fundamento o simplemente caprichosa. En realidad, tiene el objetivo de salvaguardar las competencias atribuidas por la Constitución y la ley a las diferentes autoridades judiciales. De esta forma, se garantizan la independencia judicial y uno de los fundamentos del derecho al debido proceso, como es la aplicación de los procedimientos establecido para cada caso”².

Se estima que el presente asunto cumple con los requisitos que avalan la procedencia de la acción, toda vez que, es un caso de relevancia constitucional como quiera que se trata de los derechos fundamentales a la seguridad social, salud, vida digna y principio de continuidad e integralidad en el servicio público de salud, la accionante no tiene otro mecanismo de defensa idóneo, se identificaron de manera razonable los hechos, no se trata de una sentencia de tutela, y ha transcurrido un tiempo razonable desde que se elevó la solicitud a la fecha de presentación de la acción.

² Corte Constitucional, sentencia T-524/2011, M.P. Dr. MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO.

Además, considera el Despacho que la actora no dispone de un medio eficaz para la protección de sus derechos fundamentales toda vez que se trata de un sujeto de especial protección constitucional en atención al cuadro médico que presenta y que se cataloga como enfermedad catastrófica de alto costo, por la que someterla a cualquier otro trámite judicial o administrativo, permitiría la consumación de un perjuicio irremediable al poner en riesgo su vida.

Problema jurídico. ¿Se han vulnerado por parte las entidades accionadas, los derechos fundamentales de la señora Agueda Díaz León, con ocasión a los hechos señalados en la demanda?

Del derecho a la salud frente a patologías catastróficas. Reiteración de jurisprudencia: En sentencia T-012 de 2020, la H. Corte Constitucional, reiteró su jurisprudencia, indicando:

“3.1. La Sala advierte que el debate constitucional esbozado ya ha sido resuelto por parte de esta Corporación afirmativamente. La jurisprudencia constitucional ha considerado que, el derecho a la salud es un elemento estructural de la dignidad humana que reviste la naturaleza de derecho fundamental autónomo e irrenunciable, cuyo contenido ha sido definido y determinado por el legislador estatutario y por la jurisprudencia de esta Corte. En ese sentido, el servicio público de salud, consagrado en la Constitución Política como derecho económico, social y cultural, ha sido desarrollado jurisprudencial y legislativamente, delimitando y depurando tanto el contenido del derecho, como su ámbito de protección ante la justicia constitucional. En estos términos, esta Corte al estudiar los complejos problemas que plantean los requerimientos de atención en salud, se ha referido a dos dimensiones de amparo, una como derecho y otra como servicio público a cargo del Estado. En cuanto a la salud como derecho fundamental, este debe ser prestado de manera oportuna, eficiente y con calidad, con fundamento en los principios de continuidad e integralidad; mientras que, respecto a la salud como servicio, se ha advertido que su prestación debe atender a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

3.2. El suministro de medicamentos constituye una de las principales obligaciones que deben cumplir las entidades promotoras del servicio de salud, para lo cual se deben observar los principios de oportunidad y eficiencia. *En efecto, en sentencia T-531 de 2009, esta Corte estableció que la prestación eficiente del servicio de salud guarda estrecha relación con la razonabilidad de los trámites administrativos, de tal manera que no se impongan demoras excesivas que impidan o dificulten el acceso al servicio y no constituyan para el interesado una carga que no le corresponde asumir. Así, la dilación o la imposición de barreras injustificadas en la entrega de los medicamentos a los que tiene derecho el paciente implica que el tratamiento ordenado no se inicie de manera oportuna o se suspenda, por lo que se puede generar una afectación irreparable en su condición y un retroceso en su proceso de recuperación o control de la enfermedad. En consecuencia, con estas situaciones se produciría la vulneración de los derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal, a la dignidad humana y a la vida del usuario. Por tal razón, el suministro tardío o inoportuno de medicamentos desconoce los principios de integralidad y continuidad en la prestación del servicio de salud.*

3.3. Bajo esta lógica, dicha obligación debe satisfacerse de manera oportuna y eficiente, de suerte que cuando una EPS no se allana a su cumplimiento, se presenta una vulneración de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna del paciente, por cuanto la dilación injustificada en su entrega, generalmente se traduce en que el tratamiento que le fue ordenado se suspende o no se inicia de manera oportuna. Situación, que en criterio de esta Corporación, puede conllevar a una afectación irreparable de su condición y a un retroceso en su proceso de recuperación o control de la enfermedad.

3.4. De las consideraciones expuestas, esta Sala concluye que tratándose de personas que sufren de una enfermedad ruinosa o catastrófica, por disposición constitucional, y desarrollo legal, su derecho a acceder a los servicios de salud, se protege de forma especial. Lo anterior cobra mayor importancia cuando se trata de sujetos que se encuentran en situación de debilidad manifiesta, como es el caso de quienes sufren de enfermedades catastróficas, entre otras, como por ejemplo, todo tipo de cáncer. *Así lo estableció de forma categórica el Legislador al indicar que las instituciones del Sistema de Salud, “bajo ningún pretexto podrán negar” la asistencia en*

salud (en un sentido amplio, bien sea de laboratorio, médica u hospitalaria; Ley 972 de 2005, Art. 3). Este mandato legal ha sido considerado y aplicado por la Corte en muchas ocasiones. En la actualidad, esta protección constitucional, amparada también por el Legislador, ha sido reforzada con la expedición de la Ley estatutaria sobre el derecho a la salud, que reconoce los elementos y principios esenciales e interrelacionados del derecho y la garantía de integralidad (Arts. 6 y 8 de la Ley 1751 de 2015).

3.5. Finalmente, a juicio de la Corte, las entidades promotoras de salud no sólo tienen la obligación de garantizar la oportuna y eficiente entrega de los medicamentos que requiere el paciente, sino también la de adoptar medidas especiales cuando se presentan barreras injustificadas que impidan su acceso, ya sea por circunstancias físicas o económicas, más allá de las cargas soportables que se exigen para los usuarios del sistema, pues de ello depende, en muchos casos, el amparo de sus derechos fundamentales a la vida digna, a la salud y a la integridad física.”

Sobre el principio de integralidad: Entendida como la necesidad de garantizar el derecho a la salud de tal manera que los afiliados al sistema puedan acceder a las prestaciones que requieran de manera efectiva, es decir, que se les otorgue una protección completa en relación con todo aquello que sea necesario para mantener su calidad de vida o adecuarla a los estándares regulares.

El tratamiento integral está regulado además en el Artículo 8° de la Ley 1751 de 2015³, lo cual implica garantizar el acceso efectivo al servicio de salud, que incluye suministrar “*todos aquellos medicamentos, exámenes, procedimientos, intervenciones y terapias, entre otros, con miras a la recuperación e integración social del paciente, sin que medie obstáculo alguno independientemente de que se encuentren en el POS o no*”⁴.

En lo que respecta a la integralidad, el artículo 8° dice que:

“Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario (...)”⁵

Con fundamento en el artículo 15° de la Ley 1751 de 2015, “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;
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;
- d) 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.

³ Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones

⁴ sentencias T-872 de 2012 y T-395 de 2015

⁵ Sentencia T-399 de 2017 M.P. Cristina Pardo Schlesinger.

*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. (...)*⁶

Se tiene entonces que todas las prestaciones en salud están cubiertas por el nuevo Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos; o que no cumplan con los criterios citados en la referida norma. En cumplimiento del párrafo 1° del citado artículo, el Ministerio de Salud y Protección Social ha expedido la Resolución 5269 de 2017, que derogó la Resolución 6408 de 2016.

3.5. De esta manera, uno de los cambios introducidos fue la eliminación del Plan Obligatorio de Salud establecido inicialmente en la Resolución 5261 de 1994 (también conocido como MAPIPOS), por el nuevo Plan de Beneficios en Salud adoptado por la Resolución 5269 de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, cuyo artículo 2° define como el conjunto de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral, que incluye actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades; actividades que son financiadas con los recursos provenientes del valor per cápita (Unidad de Pago por Capitación – UPC) que reconoce el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las entidades promotoras de salud (EPS) por cada persona afiliada.

Entonces, bajo el nuevo régimen de la Ley Estatutaria en Salud, se desprende que el sistema de salud garantiza el acceso a todos los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, salvo los que expresamente estén excluidos, de conformidad con lo dictado en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en Salud.

3.6. Como quiera que las coberturas del régimen subsidiado son las mismas que las del régimen contributivo, debido a la unificación del hoy llamado Plan de Beneficios en Salud a través de la expedición de diferentes Acuerdos proferidos por la extinta Comisión de Regulación en Salud-CRES entre los años 2009 a 2012⁷, hoy en día, en aras del principio de equidad, existe un único e idéntico Plan de Beneficios en Salud para el régimen contributivo y subsidiado.

3.7. Con el objetivo de facilitar el acceso de los medicamentos, servicios, procedimientos y tecnologías no cubiertas expresamente por el Plan de Beneficios, conforme a la reglamentación del artículo 5° de la citada ley estatutaria, se eliminó la figura del Comité Técnico Científico para dar paso a la plataforma tecnológica Mi Prescripción –MIPRES-, que es una herramienta diseñada para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios, de obligatorio cumplimiento para los usuarios del sistema de salud, garantizando que las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) presten los servicios de la salud sin necesidad de aprobación por parte del Comité Técnico-Científico (CTC)⁸

De la exoneración de pago de la cuota moderadora: En relación con la exoneración de copagos o cuotas moderadoras se ha establecido por parte de la Corte Constitucional:

“5.1.8. En síntesis, la cancelación de cuotas moderadoras y copagos es necesaria en la medida en que contribuyen a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud y protege su

⁶ Mediante el boletín de prensa del 7 de febrero de 2017, el Ministerio de Salud y Protección Social informó sobre los avances en relación con la implementación de la Ley Estatutaria de Salud. (...). De esta manera, precisó que las novedades en materia de salud, a la fecha, son: (i) la eliminación de los comités técnico-científicos (CTC) y la puesta en marcha del aplicativo en línea Mi Prescripción (Mipres), mediante el cual el médico tratante elabora la prescripción y la envía a la EPS para que realice el suministro al paciente y este pueda reclamar los servicios o tecnologías así no se encuentren incluidos en el POS, sin necesidad de que la opinión del galeno esté sometida a otra instancia;. (<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx>).

⁷ Se trata del Acuerdo 04 de 2009 que unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, Acuerdo 011 de 2010 que unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años, Acuerdo 027 de 2011 que unifica el POS para los adultos de 60 y más años y Acuerdo 032 de 2012 que unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años.

⁸ Boletín de prensa No. 071 de 2017. Ministerio de Salud y Protección Social.

sostenibilidad. No obstante, el cubrimiento de copagos no puede constituir una barrera para acceder a los servicios de salud, cuando el usuario no tiene capacidad económica para sufragarlos, por lo que es procedente su exoneración a la luz de las reglas jurisprudenciales anteriormente referidas. Así mismo, el Acuerdo 260 de 2004 que definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras en el Sistema de Salud, estableció que estas deben fijarse con observancia de los principios de equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad, siempre en consideración de la capacidad económica de las personas. Así mismo, dispuso el deber de aplicar copagos a todos los servicios de salud con excepción de ciertos casos particulares, dentro de los cuales se encuentran: (i) aquellos en los cuales el paciente sea diagnosticado con una enfermedad catastrófica o de alto costo y (ii) cuando el usuario se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

En este orden de ideas, es procedente que el operador judicial exima del pago de copagos y cuotas moderadoras cuando: (i) una persona necesite un servicio médico y carezca de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, caso en el cual la entidad encargada deberá asegurar al paciente la atención en salud y asumir el 100% del valor correspondiente; (ii) el paciente requiera un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero se halle en dificultad de hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado. En tal supuesto, la EPS deberá garantizar la atención y brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora; y **(iii) una persona haya sido diagnosticada con una enfermedad de alto costo o esté sometida a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, casos en los cuales se encuentra legalmente eximida del cubrimiento de la erogación económica.**

5.2. Exoneración de copagos para personas con enfermedades catastróficas o huérfanas

De conformidad con el anterior acápite, está claro que las enfermedades catastróficas o de alto costo constituyen una excepción a la aplicación del sistema de copagos. En este orden, se tiene que la Resolución 3974 de 2009 del Ministerio de la Protección Social establece una lista de las enfermedades consideradas como de alto costo, de la siguiente forma:

“Artículo 1°. Enfermedades de Alto Costo. Para los efectos del artículo 1° del Decreto 2699 de 2007, sin perjuicio de lo establecido en la Resolución 2565 de 2007, téngase como enfermedades de alto costo, las siguientes: a) Cáncer de cérvix, **b) Cáncer de mama**, c) Cáncer de estómago, d) Cáncer de colon y recto, e) Cáncer de próstata, f) Leucemia linfocítica aguda, g) Leucemia mieloide aguda, h) Linfoma hodgkin, i) Linfoma no hodgkin, j) Epilepsia, k) Artritis reumatoidea, l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)” (subrayado fuera del texto original).

A su vez, el Acuerdo 029 de 2011 y las Resoluciones del Ministerio de Protección Social 5521 de 2013 y 6408 de 2016, aunque no incluyen una definición o un criterio determinante para establecer las enfermedades de alto costo, sí presentan un listado referente a los procedimientos, eventos o servicios considerados como tales. El artículo 129 de la Resolución 6408 de 2016 prevé:

“ARTÍCULO 129. ALTO COSTO. Sin implicar modificaciones en la cobertura del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, entiéndase para efectos del no cobro de copago los siguientes eventos y servicios como de alto costo: A. Alto Costo Régimen Contributivo: 1. Trasplante renal, corazón, hígado, médula ósea y córnea. 2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis. 3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón. 4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central. 5. Reemplazos articulares. 6. Manejo médico quirúrgico del paciente gran quemado. 7. Manejo del trauma mayor. 8. Diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH/SIDA. 9. Quimioterapia y radioterapia para el cáncer. 10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos. 11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas”.

Conviene subrayar sobre las Resoluciones citadas, que la número 3974 de 2009 reconoce una serie de enfermedades de alto costo. Por otro lado, el Acuerdo 029 de 2011, la Resolución 5521

de 2013 y la Resolución 6408 de 2016, establecen un listado de eventos o servicios de alto costo, por lo que enumeran ciertos procedimientos considerados como tales. De este modo, no es posible afirmar que la Resolución 6408 de 2016 modifica o deroga lo contemplado en la Resolución 3974 de 2009, toda vez que hacen referencia a categorías distintas, a saber, enfermedad y evento o servicio médico.

Por su parte, la Ley 1438 de 2011 establece como deberes en cabeza del Gobierno Nacional, de un lado, (i) realizar la actualización del POS, “una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios”; y de otro lado, (ii) la evaluación integral del Sistema General de Seguridad Social en Salud cada cuatro (4) años, con base en indicadores como “la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general las precursoras de eventos de alto costo”, con la finalidad de complementarlas.

De este modo, esta Corporación ha resaltado que la definición y alcance de las enfermedades de alto costo no es un asunto completamente resuelto dentro de la normatividad nacional, en la medida en que si bien existe reglamentación que hace referencia a algunas de estas enfermedades, dicha enumeración no puede considerarse taxativa y cerrada en atención a que su clasificación se encuentra supeditada a la vocación de actualización del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...)

En conclusión, la Corte afirmó que conforme a lo previsto en la Ley 100 de 1993 y en el Acuerdo 260 de 2004, por regla general, toda persona que padezca una enfermedad calificada como de alto costo, en las que se incluyen las enfermedades denominadas huérfanas, adquiere el estatus de sujeto de especial protección constitucional y se encuentra eximida de la obligación de realizar el aporte de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación, independientemente de si se encuentra inscrito en el régimen contributivo o subsidiado.”

Caso concreto: La señora Agueda Díaz León, en nombre propio, formula la presente acción constitucional para que se ordene a las accionadas: (i) Autorizar, programar y ejecutar los procedimientos, tratamientos integrales necesarios, incluidas las citas a especialistas, entrega de medicamentos, insumos y demás elementos necesarios para mitigar los riesgos o mantener las condiciones dignas de vida (ii) se apruebe el tratamiento integral para mitigar todas las patologías, exámenes de laboratorio o especializados y demás procedimientos necesarios que como paciente requiere al padecer una enfermedad catastrófica y de alto costo (iii) otorgar atención médica diligente, eficiente, adecuada y oportuna sin dilaciones administrativas injustificadas, por aquellos eventos no contemplados en el PBS, y que sean debidamente ordenados por los médicos tratantes. (iv) autorizar la exoneración de copagos o cuotas moderadoras por los servicios que se le presten por padecer enfermedad catastrófica y otros cuadros clínicos complejos. (v) Efectuar la entrega de los medicamentos e insumos prescritos por los médicos tratantes en la modalidad de servicio domiciliario, conforme lo evalúa el Comité Científico asignado para el caso concreto. (vi) Que en caso de considerarse la continuidad del tratamiento al paciente en su lugar de residencia, se autorice el servicio de cuidador las 24 horas para el apoyo y asistencia médica. (vii) Advertir a las directivas de las accionadas que no deben incurrir en hechos similares atentando contra los derechos fundamentales, so pena de verse sometidos a las sanciones pertinentes. Todo lo anterior, para atender los diferentes padecimientos que registra como consecuencia del diagnóstico de “Carcinoma Ductal de mama izq. Mariante Micropapilar”.

La accionante se encuentra activa en el régimen contributivo, en calidad de cotizante, en la **NUEVA E.P.S.** desde el 01 de agosto de 2008, como se evidencia a continuación:

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	VALORES
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	37825896
NOMBRES	AGUEDA
APELLIDOS	DIÁZ LEÓN
FECHA DE NACIMIENTO	****
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE APLICACION ESPECIFICA	FECHA DE FINALIZACION DE APLICACION	TIPO DE APLIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Que a la fecha cuenta con 66 años de edad⁹ y para el 18 de octubre de 2016 se le diagnosticó “*Tumor maligno de mama*” motivo por el que fue intervenida quirúrgicamente el día 19 de enero de 2017, con una “cuadrantectomía izquierda + ganglio centinela con ap¹⁰” y hallazgo de “*Tumor maligno de mama*” del 12 de noviembre de 2021 con cirugía.

El día 11 de mayo de 2022, se emite la fórmula médica No. 0002067366 suscrita por el médico Ronald Domínguez RM 05091814 donde se ordena a favor de la accionante:

Nombre Genérico	Indicación	Dosis	Vía	Frecuencia	Días Tratamiento	Cantidad
Acetaminofen 500mg tableta	2 tabletas vía oral en caso de dolor	1000 mg miligramo(s)	Oral	Cada 12 Horas	90	CIENTO OCHENTA (180) TB
Anastrozole 1mg tableta recubierta	1 tableta vía oral cada día.	1 mg miligramo(s)	Oral	Cada 24 Horas	90	NOVENTA (90) TB
Calcio citrato 1500-315Ca/Vitamina D200UI	1 TAB CADA DÍA	1500 200 mg miligramo(s)	Oral	Cada 24 Horas	90	NOVENTA (90) TB

Obra en el expediente notas de negación de entrega de medicamentos del 13 de junio de 2022, manuscritas en formato de “Reporte de novedades en documentos de convenios de dispensación” de CAFAM, donde se indica “*No se le puede entregar medicamento al paciente ya que se encuentra agotado por laboratorio y no se sabe cuando vuelva a llegar por lo tanto se devuelve a paciente y no se le puede entregar*”. En ese mismo formato obra nota manuscrita del 21 de junio de 2022 en la que se indica “*Medicamento se encontraba con carta de desabastecido ya levantaron la carta y se demora de 8 a 15 días para ingresar a farmacia*”.

Se allegó también fórmula médica No. 0002092066 del 14 de junio de 2022, suscrita por Ángela María Luna Meza, RM 1018459710 mediante la cual se prescribió a favor de la actora “*Letrozole 2.5 Mg comprimido 1 Tab cada día vía horal para un tratamiento de 90 días*”¹¹. Anexa se allegó Pre autorización de servicios del 18 de junio de 2022, emitido por la Nueva EPS, donde ordena el medicamento Letrozole 2.5MG en Tableta, a favor de la actora¹².

El día 12 de mayo de 2022, se emite por parte de la empresa Tecnofarma Colombia S.A.S. certificado de disponibilidad de producto dirigida a CAFAM, indicándole el agotamiento del producto “Trozolet Tab 1 MG Caja 28 UN”¹³. En ese mismo sentido, se aportó certificado expdido por la empresa La Santé S.A. donde le indica a la Caja de Compensación Familiar – CAFAM, que el producto “ANANA 1MG (Anatrazol Tab.) se encuentra agotado”¹⁴.

A la fecha de la radicación de la presente acción de tutela (23 de junio de 2022) la accionante no había podido acceder al medicamento requerido, motivo por el que mediante Auto de Sustanciación No. 435 del 23 de junio de 2022, como medida provisional, se ordenó a la Nueva EPS, que dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes, entregara a la señora Díaz León, el medicamento denominado

⁹ Nació el 15 de noviembre de 1955 Fl. 31 PDF “003EscritoTutela”.

¹⁰ Fl. 17 PDF “003EscritoTutela”.

¹¹ Fl. 24 PDF “003EscritoTutela”.

¹² Fl. 23 PDF “003EscritoTutela”.

¹³ Fl. 27 PDF “003EscritoTutela”.

¹⁴ Fl. 29 PDF “003EscritoTutela”.

Letrozole 2.5 Mg comprimido, en cantidad de 90 unidades, para 90 días de tratamiento, conforme a autorización obrante a folio 23 del PDF "003EscritoTutela". Con los informes rendidos por las accionadas se allegó prueba del cumplimiento parcial de la medida provisional, pues solamente entregaron 30 tabletas de Letrozole 2.5 MG¹⁵.

De la entrega de medicamentos: Se probó que a la fecha existen autorizaciones vigentes encaminadas a la entrega de los medicamentos denominados **(i)** Letrozole 2.5 Mg comprimido, en cantidad de 90 unidades, para 90 días de tratamiento, conforme a autorización obrante a folio 23 del PDF "003EscritoTutela" y **(iii)** Anastrozole 1 MG tableta recubierta vía oral en cantidad de 90 unidades para 90 días de tratamiento conforme a la autorización obrante a folio 26 del PDF "003EscritoTutela".

Se probó también por parte de las accionadas, en cumplimiento a la orden provisional emitida por el Despacho, la entrega de 30 unidades de Letrozole 2.5 Mg y 28 unidades de Anastrozole 1 Mg, a la señora Agueda Díaz León, el día 28 de junio de 2022.

Revisadas las pruebas allegadas se evidenció que la disposición del médico tratante ordenó una posología para el medicamento denominado Letrozole 2.5 Mg en cantidad de 90 unidades para tratamiento por 90 días, quedando pendiente entonces la entrega de 60 unidades. Por otro lado y al revisar la posología del médico tratante se evidenció una fórmula médica para 90 días de tratamiento con 90 unidades de Anastrozole 1 Mg, quedando pendiente la entrega de 62 comprimidos.

Por lo anterior, se ordenará a la **Nueva EPS**, a través de su Gerente Regional Bogotá y a **CAFAM** a través de su Representante Legal, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, entregue a la señora Agueda Díaz León, identificada con cédula de ciudadanía número 37.825.696, sesenta (60) unidades del medicamento denominado Letrozole 2.5 Mg comprimido y sesenta y dos (62) unidades del medicamento denominado Anastrozole 1 MG tableta recubierta, conforme las órdenes médicas allegadas a los autos.

De la solicitud de insumos y servicios: Respecto a las solicitudes de referentes a **(i)** Autorizar, programar y ejecutar los procedimientos, tratamientos integrales necesarios, incluidas las citas a especialistas, entrega de medicamentos, insumos y demás elementos necesarios para mitigar los riesgos o mantener las condiciones dignas de vida **(ii)** se apruebe el tratamiento integral para mitigar todas las patologías, exámenes de laboratorio o especializados y demás procedimientos necesarios que como paciente requiere al padecer una enfermedad catastrófica y de alto costo **(iii)** Efectuar la entrega de los medicamentos e insumos prescritos por los médicos tratantes en la modalidad de servicio domiciliario, conforme lo evalúa el Comité Científico asignado para el caso concreto. **(iv)** Que en caso de considerarse la continuidad del tratamiento al paciente en su lugar de residencia, se autorice el servicio de cuidador las 24 horas para el apoyo y asistencia médica.

Dado que los insumos y servicios referenciados previamente no tienen sustento en una orden médica emitida por el médico tratante, ni se probó por parte de la señora Agueda Díaz León, haberlos requerido a las entidades accionadas, y en ese sentido tampoco existe negación formal por parte de la Nueva EPS ni de CAFAM, el Despacho, negará el otorgamiento de los mismos, pues no se satisfacen los requisitos necesarios para concederlos a través del trámite constitucional.

De la exoneración de cuotas moderadoras y copagos: En atención a que corresponde al juez constitucional verificar, en cada caso, si el pago de las cuotas moderadoras exigidas por la ley, **obstaculiza el acceso al servicio de salud** y si, como consecuencia de ello, se genera una vulneración de los derechos fundamentales, procederá este despacho a emitir pronunciamiento al respecto. En ese sentido, resulta pertinente preguntarse si resulta procedente que el operador judicial ordene este beneficio a favor de la accionante cuando se ha probado que es un sujeto de especial protección constitucional a causa del padecimiento de salud en el que se le diagnosticó una enfermedad catastrófica. Al respecto, es importante traer a colación lo expuesto por la Honorable Corte Constitucional, en sentencia T 402 de 2018, cuando recordó:

¹⁵ PDF "012Anexo".

"(...) La Corte Constitucional precisó que "la exequibilidad del cobro de las cuotas moderadoras tendrá que sujetarse a la condición de que con éste nunca se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio -afiliado cotizante o sus beneficiarios- al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada". De modo que, cuando una persona no tiene los recursos económicos para cancelar el monto de los pagos o cuotas moderadoras, la exigencia de las mismas limita su acceso a los servicios de salud, lo cual va en contravía de los principios que deben regir la prestación del servicio. (...)

5.1.6. Ahora bien, el precitado Acuerdo 260 de 2004, en su artículo 7º, hace referencia a las excepciones a la cancelación de copagos de la siguiente forma:

*"Artículo 7º. Servicios sujetos al cobro de copagos. Deberán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de: 1. Servicios de promoción y prevención. // 2. Programas de control en atención materno infantil. // 3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles. // 4. **Enfermedades catastróficas o de alto costo.** // 5. La atención inicial de urgencias. // 6. Los servicios enunciados en el artículo precedente". (Subrayado fuera del texto original)*

A su vez, el parágrafo 2º del artículo 6º del mismo Acuerdo establece: "[s]i el usuario está inscrito o se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, en el cual dicho usuario debe seguir un plan rutinario de actividades de control, no habrá lugar a cobro de cuotas moderadoras en dichos servicios".

5.1.7. De otro lado, con el objetivo de evitar que el cobro de copagos se convierta en una barrera para la garantía del derecho a la salud, esta Corporación ha considerado que hay lugar a la exoneración del cobro de los pagos moderadores, en los casos en los cuales se acredite la afectación o amenaza de algún derecho fundamental, a causa de que el afectado no cuente con los recursos para sufragar los citados costos. (...)

Así mismo, dispuso el deber de aplicar copagos a todos los servicios de salud con excepción de ciertos casos particulares, dentro de los cuales se encuentran: (i) aquellos en los cuales el paciente sea diagnosticado con una enfermedad catastrófica o de alto costo y (ii) cuando el usuario se somete a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas.

*En este orden de ideas, es procedente que el operador judicial exima del pago de copagos y cuotas moderadoras cuando: (i) una persona necesite un servicio médico y carezca de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, caso en el cual la entidad encargada deberá asegurar al paciente la atención en salud y asumir el 100% del valor correspondiente; (ii) el paciente requiera un servicio médico y tenga la capacidad económica para asumirlo, pero se halle en dificultad de hacer la erogación correspondiente antes de que éste sea prestado. En tal supuesto, la EPS deberá garantizar la atención y brindar oportunidades y formas de pago de la cuota moderadora; y (iii) **una persona haya sido diagnosticada con una enfermedad de alto costo o esté sometida a las prescripciones regulares de un programa especial de atención integral para patologías específicas, casos en los cuales se encuentra legalmente eximida del cubrimiento de la erogación económica.** (...)"*

Conforme lo anterior y recordando la condición de sujeto de especial protección constitucional que ostenta la señora Agueda Díaz León, al padecer una enfermedad catastrófica como el cáncer, encuentra el despacho precedente tal solicitud, por lo que debe ser exonerada de la erogación económica del pago de la cuota moderadora para acceder a los servicios médicos brindados por la NUEVA EPS, para el tratamiento de su padecimiento.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO DIECISIETE (17) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ** administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales de la señora Agueda Díaz León, identificada con cédula de ciudadanía número 37.825.696, vulnerados por la **NUEVA EPS y CAFAM.**

SEGUNDO: ORDENAR a la **Nueva EPS**, a través de su Gerente Regional Bogotá y a **CAFAM** a través de su Representante Legal, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, entregue a la señora Agueda Díaz León, identificada con cédula de ciudadanía número 37.825.696, sesenta (60) unidades del medicamento denominado Letrozole 2.5 Mg comprimido y sesenta y dos (62) unidades del medicamento denominado Anastrozole 1 MG tableta recubierta, conforme las órdenes médicas allegadas a los autos.

TERCERO: ORDENAR a la **Nueva EPS**, a través de su Gerente Regional Bogotá, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de esta providencia, autorice, y lleve a cabo de manera efectiva la exoneración de copagos, cuotas moderadoras o cuotas de recuperación que generen los servicios de salud para tratar el diagnóstico de "Cáncer de mama", que padece la señora Agueda Díaz León.

CUARTO: RECONOZCASE, personería adjetiva a la Doctora Laura Natalie Mahecha Buitrago, quien se identifica con la cédula de ciudadanía número 1.013.599.508 y TP 282.358 expedida por el CSJ, para actuar como apoderada judicial de la Nueva EPS conforme al poder visto a folio 24 del PDF "008ContestacionNuevaEPS").

QUINTO: Contra la presente decisión procede la impugnación ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación. En el evento de no ser impugnado el expediente se remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión (art. 31 Decreto 2591 de 1991)

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



LUZ MATILDE ADAIME CABRERA
Juez

JARA

Firmado Por:

Luz Matilde Adaime Cabrera
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
Sala 017 Contencioso Admsección 2
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: 53640ce3fb065029df60a7af9a12f9829460589d23bdd51886bdee55aaeb89cc

Documento generado en 06/07/2022 12:44:16 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:

<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>