



JUZGADO CATORCE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE MEDELLÍN
Medellín, diecisiete (17) de junio de dos mil veintidós (2022)

PROCESO	Acción de Tutela
ACCIONANTE	MARÍA ELENA ARISTIZÁBAL CARRERO en representación del menor SAMUEL ARISTIZÁBAL RESTREPO
ACCIONADO	EPS SURA
PROCEDENCIA	Reparto
RADICADO	Nº 05001 40 03 014 2022 00552 00
INSTANCIA	Primera
TEMAS Y SUBTEMAS	derechos a la vida, la salud y la dignidad humana concede tutela
DECISIÓN	Concede Tutela - ordena valorar – Concede integral, No exonera de copagos
AUTO No	180

Procede el Despacho a emitir fallo dentro de la ACCION DE TUTELA, que promovió, por **MARÍA ELENA ARISTIZABAL CARRERO en representación del menor SAMUEL ARISTIZABAL RESTREPO** en contra de **EPS SURA**, por la presunta vulneración de sus derechos fundamentales a la salud y la dignidad humana.

I. ANTECEDENTES

1.1 Supuestos facticos. - Manifiesta la accionante que su sobrino, tiene diagnóstico de TUMOR MALIGNO DEL LÓBULO FRONTAL, por lo cual el medico Neurólogo-Médico tratante le autorizo mediante formula medica el medicamento TEMOZOLOMIDA y BEVACIZUMAB para llevar a cabo su tratamiento, el cual le fue negado por la eps.

Adicionalmente solicita la exoneración de copagos frente a la entrega de dichos medicamentos dado el costo de los mismos.

1.2 Tramite. - Admitida la solicitud de tutela el 09 de junio hogañ, se vincula a ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD

SOCIAL EN SALUD –ADRES, INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA LAS AMÉRICA e INVIMA.

Así mismo se requirió a la accionante MARÍA ELENA ARISTIZÁBAL CARRERO para que aclare lo peticionado con la acción constitucional, esto es si pretende la entrega de los medicamentos o la exoneración de copagos en la entrega de los mismos.

En igual sentido, no se decreta la medida provisional frente a lo pedido puesto que, en el escrito de tutela no se expusieron las razones que sustenten la urgencia que exige el artículo 7º del Decreto 2591 de 1991 para que el juez ordene la protección del derecho fundamental sin agotar el trámite normal.

La accionante MARÍA ELENA ARISTIZÁBAL CARRERO, remitió correo mediante el cual aclaró que, lo peticionado es “la autorización del medicamento TEMOZOLOMIDA y BEVACIZUMAB y la exoneración de copagos o cuotas de recuperación de los medicamentos” por cuanto considera que al no tener indicación INVIMA, son muy costosos y la familia no cuenta con recursos para comprarlos, pues presumen que si el juez ordena la autorización y entrega la EPS les va a cobrar su valor.

1.2.1 El Apoderado de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES informa que a partir del día primero (01) de agosto del 2017, entró en operación la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud — ADRES como una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacen parte del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET, los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).

En consecuencia, a partir de la entrada en operación de la ADRES, y según lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, debe entenderse suprimido el

Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA, y con este la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social -DAFPS del Ministerio de Salud y Protección Social tal como señala el artículo 5 del Decreto 1432 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 547 de 2017 y que cualquier referencia hecha a dicho Fondo, a las subcuentas que lo conforman o a la referida Dirección, se entenderán a nombre de la nueva entidad quien hará sus veces, tal como lo prevé el artículo 31 del decreto 1429 de 2016.

De acuerdo con la normativa anteriormente expuesta, NO es función de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, la afiliación o desafiliación de una EPS, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esta Entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva de esta Entidad.

Igualmente, tampoco se encuentra dentro de las competencias de la ADRES desarrollar acciones de vigilancia y control respecto a los trámites de afiliación o desafiliación que se adelantan entre los usuarios y las EPS, por lo que nuevamente se pone en evidencia la faltade legitimación de esta Entidad.

Sin perjuicio de lo anterior, se debe solicitar al H. Despacho que cualquier orden judicial a la accionada en relación con cambios en el estado de afiliación de las accionantes traiga consigo, simultáneamente, la ratificación de las obligaciones legales y reglamentarias de las EPS de realizar el correspondiente reporte a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA de la ADRES, para efectos de que ésta contenga la información actualizada del usuario.

1.2.2 El INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA LAS AMÉRICAS manifestó que, que el Instituto de Cancerología, envió los documentos médicos al área de Soporte de Sura, para validación de los medicamentos requeridos y ellos respondieron: "se valida con Jurídico y ya cuentan con el fallo, pero me dicen que hace falta el concepto médico para que nos aparezca en salud web", es decir, que aún no han sido autorizados por la entidad de aseguramiento.

Debe tener en cuenta señor Juez, que la responsabilidad de mi representada como IPS se limita a la materialización de las autorizaciones de servicios dadas por la entidad de aseguramiento, siempre y cuando la EPS, tenga contratado dicho servicio y genere las autorizaciones de servicios respectivas que garanticen el pago.

1.2.3 El INVIMA manifestó que, frente a TEMOZOLAMIDA, revisada la base de datos del INVIMA se encontró un (1) registro sanitario vigente y un (1) registro sanitario en trámite de renovación para el producto TEMOZOLAMIDA en la concentración de 100 mg y forma farmacéutica CÁPSULA DURA; así mismo, se encontró un (1) registro sanitario para el producto TEMOZOLIDA en la concentración de 140 mg CAPSULA DURA. de acuerdo a la tabla que se allega.

EXPEDIENTE	PRODUCTO	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACIÓN/ UNIDAD	REGISTRO SANITARIO	ESTADO REGISTRO
20061382	DRALITEM® 100MG CÁPSULAS	TEMOZOLAMIDA	100 MG	INVIMA 2013M-0014592	EN TRAMITE DE RENOVACION
20124540	TRIPZOL® 100MG	TEMOZOLAMIDA	100 MG	INVIMA 2020M-0019960	VIGENTE
20150442	TENSACTON® 140 MG	TEMOZOLAMIDA	140 MG	INVIMA 2019M-0019088	VIGENTE

Frente a BEVACIZUMAB, desde el Grupo Registros Sanitarios de Productos Biológicos, en la cual indican que unavez revisada la base de Datos de Registros sanitarios, se evidencian CINCO (5) registros sanitarios vigentes y en trámite de renovación para los medicamentos con el principio activo BEVACIZUMAB, con la siguiente información:

EXP.	PRODUCTO	PRINCIO ACTIVO	CANTIDAD/ UNIDAD	REGISTRO SANITARIO	ESTADO REGISTRO
20149223	MVASI®	BEVACIZUMAB	25 MG	INVIMA 2019MBT-	VIGENTE

				0019239	
19956001	AVASTIN® CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA INFUSIÓN 400 MG/16 ML"	BEVACIZUMAB	400 MG	INVIMA 2016M- 0004782-R1	EN TRAMITE DE RENOVACION
19956000	AVASTIN CONCENTRADO PARA SOLUCION PARA INFUSION 100MG/4ML	BEVACIZUMAB	100 MG	INVIMA 2016M- 0004781-R1	EN TRAMITE DE RENOVACION
20179635	ABXEDA®	BEVACIZUMAB EQUIVALENTE A 25MG/ML	25 MG	INVIMA 2020MBT- 0019816	VIGENTE
20169679	PERSIVIA®	BEVACIZUMAB	25 MG	INVIMA 2020MBT- 0000039	VIGENTE

Es necesario precisar que los registros sanitarios que se encuentran en trámite de renovación pueden seguir siendo fabricados, importados y comercializados; es decir la vigencia del registro se prorroga hasta que este Instituto tome una decisión de fondo sobre el trámite de renovación. Esto en virtud de las facultades que otorga el artículo 35 del Decreto Ley 019 de 2012.

Los medicamentos Bevacizumab y Temozolamida no se encuentran en el listado de MVND y se encuentran incluidos en el Listado UNIRS.

INDICACIONES	CONTRAINDIACIONES
- VIMPAT® SE UTILIZA EN EL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS DE INICIO PARCIAL EN PACIENTES CON O SIN GENERALIZACIÓN SECUNDARIA CON EPILEPSIA. - VIMPAT® ESTÁ INDICADO COMO MONOTERAPIA EN PACIENTES MAYORES DE 16 AÑOS O EN TERAPIA DE ADICIÓN EN PACIENTES A PARTIR DE 4 AÑOS.	- REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD A LA LACOSAMIDA O A CUALQUIERA DE LOS EXCIPIENTES. - PACIENTES CON ALTERACIONES AURICULOVENTRICULARES (BLOQUEO AV DE SEGUNDO O TERCER GRADO). - EMBARAZO, LACTANCIA, NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS.

Contexto del paciente: Paciente de 16 años con diagnóstico de TNEP frontoparietal izquierdo con resección parcial, radioterapia cráneo espinal y quimioterapia, Ependimoma.

Los medicamentos motivo de este requerimiento no se encuentran aprobados para el manejo de la patología que padece el paciente, por las siguientes razones:

Las indicaciones de los medicamentos que autoriza el Invima corresponden con las sustentadas con evidencia científica por un interesado mediante la evaluación de la seguridad y eficacia de los medicamentos (evaluación farmacológica) función privativa de la Comisión Revisora de Productos Farmacéuticos, prevista en el Decreto 677 de 1995 y Decreto 1782 de 2014. Esta evaluación es realizada por la Sala Especializada de Moléculas Nuevas, Nuevas indicaciones y Medicamentos Biológicos, SEMNNIMB. (Acuerdo 003 de 2017).

Los medicamentos Temozolomida y Bevacizumab, fueron evaluados por la Sala Especializada de Medicamentos y no cuentan con aprobación de evaluación farmacológica para el uso en pacientes con las características descritas en los soportes clínicos allegados.

Finalmente, el médico tratante debe aportar la evidencia suficiente que demuestre la seguridad y eficacia de dicho medicamento en la indicación propuesta, a la Sociedad Científica respectiva, que a su vez esta Sociedad remite la solicitud al Ministerio de Salud y Protección Social para la inclusión de una nueva indicación de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 95 y 96 de la precitada Resolución 1885 de 2018, los cuales tratan de la nominación, evaluación y aprobación de usos no incluidos en el registro sanitario y el listado UNIRS (Listado de medicamentos con usos no incluidos en el registro sanitario).

(...)

"Por lo anterior, debemos señalar que el diagnóstico de TNEP FRONTOPIRIETAL IZQUIERDO CON RESECCIÓN PARCIAL, RADIOTERAPIA CRANEOESPINAL Y QUIMIOTERAPIA, EPENDIMOMA NO se encuentra dentro de las indicaciones aprobadas por el INVIMA para los medicamentos con principio activo TEMOZOLAMIDA YBEVACIZUMAB. Como consecuencia de lo anterior, es posible que EPS SURA presente negativa en administrar el medicamento en mención. No obstante, en estos casos, le corresponde al médico tratante indicar las razones médico científicas para ordenar el tratamiento en el caso específico y puntual del accionante objeto de protección constitucional.

1.2.4. La EPS SURA manifestó que, El accionante SAMUEL ARISTIZABAL RESTREPO identificado con el documento TI 1035972858 se encuentra afiliado al Plan de Beneficios de Salud (PBS) de EPS SURA desde 20/09/2005 en calidad de BENEFICIARIO y TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL.

Solicita al despacho tener en cuenta que los medicamentos NO PBS denominados "TEMOZOLOMIDA Y BEVACIZUMAB" puede autorizarse únicamente a través de MIPRES, pues no se encuentra incluido dentro del Plan de Beneficios en Salud, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). En ese sentido, en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 1885 de 2018, "Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de servicios complementarios y se dictan otras disposiciones", es el médico tratante que ordena el procedimiento o tecnología en salud, quién debe realizar la solicitud, soportándola en un concepto técnico y según las condiciones de salud del paciente.

Ahora bien, hechas las anteriores aclaraciones, es importante mencionar que, para el caso puntual, la solicitud realizada a través del MIPRES fue negada, dado que el medicamento solicitado no tiene indicación INVIMA para el diagnóstico de tumor maligno del lóbulo frontal; ya que el TEMOZOLAMIDA únicamente tiene indicación para el tratamiento de pacientes con glioma maligno recurrente, tales como glioblastoma multiforme o astrocitoma anaplásico. tratamiento de primera línea en pacientes con melanoma maligno metastásico avanzado. tratamiento de pacientes con glioblastoma multiforme recién diagnosticado y el BEVACIZUMAB tiene indicación en asociación en la quimioterapia a base de fluoro pirimidinas como tratamiento de primera línea en pacientes con carcinoma metastásico de colon o recto. Tratamiento de primera línea del cáncer renal avanzado y/o metastásico en combinación con interferón alfa-2a (INF). avastin en combinación con quimioterapia basada en platino, en primera línea en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM), no escamoso, irresecable, localmente avanzado, metastásico o recurrente. tratamiento de glioblas.

En ese sentido, EPS SURA no puede autorizar la entrega de estos medicamentos, dado que según lo establecido en la Ley 1751 de 2015, artículo 15°, literal d), no podrán asignarse recursos del sistema de salud para financiar servicios y tecnologías que su uso NO HAYA SIDO PREVIAMENTE AUTORIZADO por la autoridad competente, en este caso, el INVIMA.

II. CONSIDERACIONES

2.1. Competencia. - Esta agencia judicial es competente para conocer y fallar de acuerdo con lo preceptuado en los artículos 86 de la Constitución Nacional, art. 37 del Decreto 2591 de 1991 y el inciso 2°, numeral 1° del artículo 1° del Decreto 1382 de 2000.

2.2. Problema jurídico. - Corresponde determinar si la entidad de salud accionada está vulnerando al menor SAMUEL ARISTIZABAL RESTREPO los derechos fundamentales invocados al no realizar entrega de TEMOZOLAMIDA YBEVACIZUMAB.

2.3. Marco Normativo aplicable. - Constitución Política: Arts. 1, 2, 11, 48, 49, 86, 228, 230. Decreto 2591 de 1991: Arts. 1, 5, 10, 23, 27, 29, 42. Decreto 306 de 1992: Arts. 4 y 6. Decreto 1382 de 2000.

2.4. De la acción de tutela - La acción de tutela conforme al artículo 86 de la Carta Política de 1991, es un mecanismo de protección de carácter residual y subsidiario que puede ser utilizado ante la vulneración o amenaza de derechos fundamentales, cuando no exista otro medio idóneo para la protección de los derechos invocados, o cuando existiendo otro medio de defensa judicial, se requiera acudir al amparo constitucional como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable (artículo 8 del Decreto 2591 de 1991).

La naturaleza subsidiaria y excepcional de la acción de tutela, permite reconocer la validez de los medios y recursos ordinarios de protección judicial, como mecanismos legítimos y prevalentes para la salvaguarda de los derechos. De manera que, al existir estos mecanismos, los ciudadanos se encuentran obligados a acudir de

manera preferente a ellos, cuando son conducentes para conferir una eficaz protección constitucional. De allí que quien alega la afectación de sus derechos debe agotar los medios de defensa disponibles por la legislación para el efecto, exigencia ésta que se funda en el principio de subsidiariedad de la tutela descrita, que pretende asegurar que una acción tan expedita no sea considerada en sí misma una instancia más en el trámite jurisdiccional, ni un mecanismo de defensa que reemplace aquellos diseñados por el legislador, y menos aún, un camino excepcional para solucionar errores u omisiones de las partes.

2.5. Sobre el Derecho a la vida digna y la seguridad social y la salud. La Corte Constitucional ha reiterado, que la tutela no solo procede para proteger el derecho a la vida reducida a su simple existencia biológica, sino que esta debe entenderse dentro de una dimensión más amplia, que comprenda una vida digna, Lo anterior por cuanto se ha estimado que el derecho a la vida en sí mismo considerado, no es un concepto restrictivo que se limita a la idea reducida de peligro de muerte, sino que se extiende a la posibilidad concreta de recuperación y mejoramiento de las condiciones de salud, en la medida en que ello sea posible, cuando estas condiciones se encuentran debilitadas o lesionadas y afecten la calidad de vida de las personas o las condiciones necesarias para garantizar a cada quien, una existencia digna.

La Seguridad Social es reconocida en nuestro ordenamiento jurídico como un derecho constitucional fundamental. De esta manera, los artículos 48 y 49 de --- Carta Política establecen la seguridad social, por un lado, como un derecho irrenunciable, y, por otro lado, como un servicio público, de tal manera que, por la estructura de este derecho, es el Estado el obligado a dirigir, coordinar y controlar su efectiva ejecución.

La protección que le otorga el ordenamiento constitucional al derecho a la seguridad social se complementa y fortalece por lo dispuesto en el ámbito internacional pues son varios los instrumentos internacionales que reconocen el derecho de las personas a la seguridad social.

De este modo, la Corte Constitucional ha establecido que la acción de tutela es procedente para proteger el suministro de los servicios médicos que se requieren

con necesidad, es decir, aquellos "indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad". De forma que se "garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuales depende su mínimo vital y su dignidad como persona".

El artículo 49 de la Carta Política consagra la salud como un valor con doble connotación: por un lado, se constituye en un derecho constitucional y, por otro, en un servicio público de carácter esencial. De esta forma, establece la obligación a cargo del Estado de garantizar a todas las personas la atención que requieran, así como la potestad que tienen las personas de exigir el acceso a los programas de promoción, protección y recuperación.

A partir de dicha disposición, la Corte Constitucional ha reconocido, en reiterada jurisprudencia, que el derecho a la salud es fundamental y "comprende toda una gama de facilidades, bienes y servicios que hacen posible, de acuerdo al mandato contenido en diversos instrumentos internacionales, el imperativo de garantizar el nivel más alto posible de salud".

De este modo, la Corte Constitucional ha establecido que la acción de tutela es procedente para proteger el suministro de los servicios médicos que se requieren con necesidad, es decir, aquellos "indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad". De forma que se "garantiza a toda persona, por lo menos, el acceso a los servicios de salud de los cuales depende"

2.6 DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS- La Corte Constitucional en T-362 de 2016 ha manifestado que el derecho a la salud de los niños, de conformidad con lo establecido en el artículo 44 de la Constitución, por tener el carácter de 'fundamental', debe ser protegido de forma inmediata por el juez constitucional en los casos en que sea vulnerado. Este postulado responde, además, a la obligación que se impone al Estado y a la sociedad de promover las condiciones para que el principio de igualdad se aplique en forma real y efectiva, así como a la necesidad de adoptar medidas en favor de quienes, en razón de su edad, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta. En el caso de los niños y

de las niñas, la acción de tutela procede directamente para defender su derecho fundamental a la salud.

2.7 LA NATURALEZA JURÍDICA DE LOS COPAGOS Y DE LAS CUOTAS MODERADORAS Y LAS HIPÓTESIS EN LAS QUE PROCEDE SU EXONERACIÓN Sentencia T 402 de 2018.

El artículo 187 de la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se regula el Sistema de Seguridad Social Integral, establece la existencia de *pagos moderadores*, los cuales tienen por objeto racionalizar y sostener el uso del sistema de salud. Esta misma norma aclara que dichos pagos deberán estipularse de conformidad con la situación socioeconómica de los usuarios del Sistema, pues bajo ninguna circunstancia pueden convertirse en barreras de acceso al servicio de salud.

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”*.^[59] 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.^[60]

Como desarrollo de lo establecido en la Ley 100 de 1993, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud expidió el Acuerdo 260 de 2004, en el que se definió el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El mencionado Acuerdo se encargó de establecer: (i) las clases de pagos moderadores, (ii) el objeto de su recaudo, (iii) la manera cómo estos se fijan y (iv) las excepciones a su pago.

En relación con las clases de pagos, dicho Acuerdo en su artículo 3º estableció la diferencia entre las *cuotas moderadoras* y los *copagos*. Señaló que las primeras son

aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los segundos se aplican única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

Al respecto, esta Corporación ha reconocido que el establecimiento de las cuotas moderadoras, atiende el propósito de racionalizar el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte de los afiliados y sus beneficiarios, evitando desgastes innecesarios en la prestación del servicio, y, de otro lado, con los copagos aplicables a los beneficiarios, pretende que una vez se haya ordenado la práctica de algún servicio médico, se realice una contribución, de conformidad con un porcentaje establecido por la autoridad competente y acorde a la capacidad económica del usuario, con la finalidad de generar financiación al Sistema y proteger su sostenibilidad.^[61]

De otro lado, el artículo 5º del Acuerdo 260 de 2004 se encarga de enunciar los principios que deben respetarse para fijar los montos que se deben cancelar por concepto de cuotas moderadoras y copagos, a saber:

- “1. Equidad. Las cuotas moderadoras y los copagos en ningún caso pueden convertirse en una barrera para el acceso a los servicios, ni ser utilizados para discriminar la población en razón de su riesgo de enfermar y morir, derivado de sus condiciones biológicas, sociales, económicas y culturales.
2. Información al usuario. Las Entidades Promotoras de Salud deberán informar ampliamente al usuario sobre la existencia, el monto y los mecanismos de aplicación y cobro de cuotas moderadoras y copagos, a que estará sujeto en la respectiva entidad. En todo caso, las entidades deberán publicar su sistema de cuotas moderadoras y copagos anualmente en un diario de amplia circulación.
3. Aplicación general. Las Entidades Promotoras de Salud, aplicarán sin discriminación alguna a todos los usuarios tanto los copagos como las cuotas moderadoras establecidos, de conformidad con lo dispuesto en el presente acuerdo.
4. No simultaneidad. En ningún caso podrán aplicarse simultáneamente para un mismo servicio copagos y cuotas moderadoras.”^[62]

El artículo 4º del citado Acuerdo dispone que las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Particularmente, en el artículo 9º se especifican las condiciones propias de los

copagos, que son los que tienen relevancia en los casos objeto de estudio. Al respecto, se establece que el valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de acuerdo con los parámetros que, para cada evento, se fijan en la misma disposición.^[63]

Ahora bien, el precitado Acuerdo, 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".^[64] (Subrayado fuera del texto original)

A su vez, el párrafo 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*".^[65]

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. Particularmente, la jurisprudencia constitucional ha establecido dos reglas que el operador judicial debe tener en cuenta para eximir del cobro de estas cuotas: (i) cuando la persona que necesita con urgencia un servicio médico carece de la capacidad económica para asumir el valor de la cuota moderadora, la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio de salud deberá asegurar el acceso del paciente a éste, asumiendo el 100% del valor^[66]; (ii) cuando una persona requiere un servicio médico y tiene la capacidad económica para asumirlo, pero tiene problemas para hacer la erogación correspondiente de forma oportuna, la entidad

encargada de la prestación deberá brindar oportunidades y formas de financiamiento de la cuota moderadora, con la posibilidad de exigir garantías, a fin de evitar que la falta de disponibilidad inmediata de recursos se convierta en un obstáculo para acceder a la prestación del servicio^[67].

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 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.

2.8 PRINCIPIO DE INTEGRALIDAD PREDICABLE DEL DERECHO A LA SALUD. CASOS EN LOS QUE PROCEDE LA ORDEN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.

Al efecto la Corte Constitucional en su Sentencia T 178 de 2017. M. Ponente Antonio José Lizarazo Ocampo indicó frente al tema que: "Con relación al principio de integralidad en materia de salud, esta Corporación ha estudiado el tema bajo dos perspectivas, la primera, relativa al concepto mismo de salud y sus dimensiones y, la segunda, a la totalidad de las prestaciones pretendidas o requeridas para el tratamiento y mejoría de las condiciones de salud y de la calidad de vida de las personas afectadas por diversas dolencias o enfermedades. Así las cosas, esta segunda perspectiva del principio de integralidad constituye una obligación para el Estado y para las entidades encargadas de brindar el servicio de salud pues les obliga

a prestarlo de manera eficiente, lo cual incluye la autorización total de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, terapias, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás que el paciente requiera y que sean considerados como necesarios por su médico tratante. Luego, es posible solicitar por medio de la acción de tutela el tratamiento integral, debido a que con ello se pretende garantizar la atención en conjunto de las prestaciones relacionadas con las afecciones de los pacientes, que han sido previamente determinadas por su médico tratante. Cuando la atención integral es solicitada mediante una acción de tutela el juez constitucional debe tener en cuenta que esta procede en la medida en que concurran los siguientes supuestos: (i) la descripción clara de una determinada patología o condición de salud diagnosticada por el médico tratante, (ii) por el reconocimiento de un conjunto de prestaciones necesarias dirigidas a lograr el diagnóstico en cuestión; o (iii) por cualquier otro criterio razonable. Con todo, se torna preciso aclarar que este Tribunal ha identificado una serie de casos en los que se hace necesario otorgar una atención integral al paciente, independientemente de que el conjunto de prestaciones pretendidas se encuentren dentro de la cobertura del PBS-, cuales son aquellos en los que están involucrados sujetos de especial protección constitucional, vale decir, los que guardan relación con, entre otros, menores de edad, adultos mayores, desplazados, personas con discapacidad física, o que padezcan de enfermedades catastróficas.

2.8 El caso en estudio y solución al problema jurídico planteado. - Analizada la documentación aportada por la accionante, se tiene que el menor **SAMUEL ARISTIZABAL RESTREPO**, tiene diagnóstico de TUMOR MALIGNO DEL LÓBULO FRONTAL por lo cual su médico tratante le ordenó TEMOZOLOMIDA y BEVACIZUMAB.

La EPS SURA, manifestó que, los medicamento TEMOZOLOMIDA y BEVACIZUMAB, no pueden entregarse con cargo al Plan de beneficios en Salud, dado que este no tiene indicación Invima.

Por su parte el INVIMA indicó que, Los medicamentos motivo de este requerimiento no se encuentran aprobados para el manejo de la patología que padece el paciente, por cuanto las indicaciones de los medicamentos que autoriza el Invima

corresponden con las sustentadas con evidencia científica por un interesado mediante la evaluación de la seguridad y eficacia de los medicamentos. Que los medicamentos Temozolomida y Bevacizumab, fueron evaluados por la Sala Especializada de Medicamentos y no cuentan con aprobación de evaluación farmacológica para el uso en pacientes con las características descritas en los soportes clínicos allegados.

En este punto, es importante destacar la obligación de las Entidades Promotoras de Salud de garantizar una prestación del servicio de calidad que permita la recuperación y rehabilitación efectiva de las personas que acudan a sus centros de servicio solicitando atención médica, y la demora en esta constituye una amenaza a sus derechos constitucionales a la dignidad humana, la vida, la salud, y la seguridad social, en igual sentido que la familia, la sociedad y el Estado están obligados a asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos, siempre orientados por el criterio primordial de la prevalencia del interés superior de los niños, niñas y adolescentes, como sujetos de protección constitucional.

En efecto existe la posibilidad que al paciente por algún motivo el médico tratante o un staff médico que valore al paciente ordene el cambio de tratamiento, sin embargo, ello requiere que exista dicha valoración.

De otro parte, frente a la solicitud de exoneración de copagos, encuentra el despacho que la solicitud va encaminada en el evento en que por parte del despacho de ordene la entrega de los medicamentos en cuestión, es de aclarar que el despacho no tiene el conocimiento técnico para impartir una orden como tal, por lo que se plantea la valoración para el cambio de tratamiento, por lo que no procede para el caso en concreto la exoneración de copagos, máxime que el sustento de la solicitud es el temor que la EPS cobre el medicamento, sin embargo, frente a los medicamentos TEMOZOLOMIDA y BEVACIZUMAB, aún no se han generado cobros, máxime la orden emitida en esta acción constitucional, se trata de una presunción de un cobro, por lo cual dicha exoneración no podrá concederse.

En consecuencia, se ordenará a EPS SURA que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de la presente providencia, practique

una valoración por **Neurólogo Oncólogo** adscrito a la entidad promotora de salud para que determine la pertinencia, conducencia, necesidad y viabilidad **TEMOZOLOMIDA y BEVACIZUMAB** al menor **SAMUEL ARISTIZABAL RESTREPO**, o un medicamento alternativo de tratamiento para su patología y de considerarlo pertinente, ordene y autorice los mismos.

Así mismo, el actor en su escrito tutelar solicitó al Despacho el **Tratamiento Integral** para las ordenes medicas sean PBS o NO PBS que se deriven única y exclusivamente de **TUMOR MALIGNO DEL LÓBULO FRONTAL** que padece la menor **SAMUEL ARISTIZABAL RESTREPO**, considera esta Agencia Judicial que por la enfermedad que la aqueja, conforme a la jurisprudencia reseñada, tal solicitud es procedente, por lo que se concederá el TRATAMIENTO INTEGRAL, con el fin de garantizar la continuidad en el servicio de salud y evitar así, que tenga que interponer nuevas acciones de tutela ante una eventual negativa a la prestación del servicio relacionado con la patología reseñada en su historia clínica, que requirió la realización de la ayuda diagnóstica descrita, siempre y cuando el médico tratante lo considere necesario para el pleno restablecimiento de la salud o para mitigar las dolencias que le impidan llevar una vida en condiciones dignas, siempre y cuando conserve su vinculación con la entidad.

Finalmente, por ser la E.P.S. SURA la entidad promotora de salud a la cual se encuentra afiliada la accionante en salud y ser la encargada directamente de la prestación de los servicios de salud a través de su red de instituciones prestadoras del servicio con la cuales tiene convenio, no se emitirá pronunciamiento alguno contra la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –ADRES, INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA LAS AMÉRICA e INVIMA.

En mérito de lo dicho, **EL JUZGADO CATORCE CIVIL MUNICIPAL DE ORALIDAD DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre del Pueblo y por mandato constitucional,

I. FALLA:

PRIMERO: Conceder el amparo constitucional invocado al interior de esta Acción promovida por **MARÍA ELENA ARISTIZABAL CARRERO en representación**

del menor SAMUEL ARISTIZABAL RESTREPO, en contra de la **EPS SURA**, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: En consecuencia, se ordena a EPS SURA que en el término de cuarenta y ocho (48) horas contadas a partir de la notificación de la presente providencia, practique una valoración por **Neurólogo Oncólogo** adscrito a la entidad promotora de salud para que determine la pertinencia, conducencia, necesidad y viabilidad **TEMOZOLOMIDA y BEVACIZUMAB** al menor **SAMUEL ARISTIZABAL RESTREPO**, o un medicamento alternativo de tratamiento para su patología y de considerarlo pertinente, ordene y autorice los mismos.

TERCERO: No se exonera del cobro de copagos y cuotas moderadoras, por lo brevemente expuesto.

CUARTO: Se concede el Tratamiento Integral para el **TUMOR MALIGNO DEL LÓBULO FRONTAL**. que padece la menor **SAMUEL ARISTIZABAL RESTREPO**, por las razones expuestas en las consideraciones de esta providencia.

QUINTO: No se emitirá pronunciamiento alguno contra de la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, INSTITUTO DE CANCEROLOGÍA LAS AMÉRICA e INVIMA, por las razones expuestas.

SEXTO: Notifíquese a las partes de manera personal o, en subsidio, vía fax o por el medio más expedito, a más tardar, al día siguiente de la fecha en que se profiere esta decisión.

SÉPTIMO: Esta decisión puede ser impugnada dentro de los tres (03) días siguientes a su notificación, remítase, al día siguiente, a La Corte Constitucional para su eventual revisión. Remisión que se adelantará una vez se levanta la suspensión eventual por la referida Corte.

NOTIFÍQUESE.
Firma electrónica
DORA PLATA RUEDA
Juez (E)

Firmado Por:

**Dora Plata Rueda
Juez
Juzgado Municipal
Civil 014 Oral
Medellin - Antioquia**

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: **5ad326b305cb4575d216e2e1680931427ec01c79b8478985533bd2e2549d11a6**

Documento generado en 17/06/2022 02:28:09 PM

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