

República de Colombia
Rama Judicial del Poder Público



Juzgado Diecinueve Civil Municipal

Bogotá D.C., catorce (14) de febrero de dos mil veintidós (2022).

Ref. Acción de Tutela. Nro. 11001-40-03-019-2022-00080-00

Decide el Juzgado la acción de tutela promovida por YOLANDA PATRICIA CORREDOR AGUILERA, como agente oficioso de su esposo ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ, contra EPS SANITAS y las vinculadas SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, COOMEVA EPS, CLÍNICA DEL COUNTRY, ADMINISTRADORA COUNTRY S.A., CLÍNICA COLSANITAS, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –ADRES- y el INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA.

I. ANTECEDENTES

1.- Pretensiones:

La accionante reclama en favor del agenciado, la protección constitucional a los derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas, presuntamente vulnerados por la entidad accionada, en consecuencia solicita: **(i)** autorice o suministre el tratamiento indicado por los médicos tratantes de la Clínica del Country al paciente ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ, dentro de los tiempos que se requiere, y de manera integral; **(ii)** reembolse el dinero del costo del examen que debió ser pagado por el usuario MACÍAS GUTIÉRREZ, por la suma de \$17.011.400 y el valor correspondiente al medicamento Ácido Zolendronico, costo asumido por el usuario de \$526.449; **(iii)** autorice hasta la culminación de los tratamientos, tecnologías, suministros de medicamentos, terapias y demás prescripciones médicas o demás tecnologías, que garanticen de manera integral el acceso a los servicios de salud, se encuentre o no cubiertos por el POS; **(iv)** sufrague los costos que sean asumidos por el accionante, en tanto son pagos que han sido asumidos para la protección de su derecho a la salud.

2.- Fundamentos fácticos:

Sustentó el amparo, en síntesis, así:

1.- Se encuentra afiliado desde el 27 de abril de 2001 a la EPS SANITAS en el régimen contributivo; y a COOMEVA MEDICINA PREPAGADA PROGRAMA ORO desde agosto de 1993, siendo siempre atendiendo por el servicio médico a través de la Medicina Prepagada en la Clínica del Country.

2.- Señalo que el contrato de medicina prepagada tiene en sus exclusiones: los exámenes de BCL-2 Translocación (14;18); Cariotipo para estados leucémicos, cobertura de Bortezomib, Lenalidomida, Ácido Zolendrónico, Esomeprazol, Aciclovir, los cuales fueron prescritos en tratamiento ambulatorio o de uso no hospitalario. Además, ayudas diagnósticas de alta complejidad: PET SCAN, una vez por usuario-año-contrato, Resonancia Magnética Nuclear una vez por paciente-usuario-año-contrato y hasta una segunda a criterio de Auditoría Médica.

3.- Relató que el señor ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ, ingresó el 13 de diciembre del año 2021 al servicio de urgencias de la Clínica del Country, con un cuadro clínico de un mes y medio de evolución que inició con dolor lumbar de intensidad progresiva, el que refiere llegó a ser incapacitante, le fueron realizados los exámenes pertinentes y posteriormente le diagnosticaron mieloma múltiple.

4.- Indicó que la orden dada por la Clínica del Country el 14 de diciembre de 2021, para los exámenes *TRANSLOCACION 11,14 POR FISH (E) *TRANSLOCACION 14 - 20 POR FISH (E) *TRANSLOCACION 14;16 POR FISH (E) *TRANSLOCACION 4-14 POR FISH (E) *TRANSLOCACION DE P-53 FISH, son indispensables para definir el protocolo a seguir en el tratamiento del Mieloma Múltiple, examen que refiere no fue autorizado por EPS SANITAS.

5.- Manifestó que, en razón a lo anterior y dada la urgencia para poder establecer el diagnostico, fue cancelado por el paciente ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ, cuyo valor fue por la suma de \$17.011.400 M/cte., respecto de lo cual elevó derecho de petición a fin de obtener el reembolso.

6.- Refirió que en la Clínica del Country han ordenado los siguientes medicamentos, los que son de alto costo, pero han sido autorizados por la EPS SANITAS sin la premura y urgencia (sic) que requiere tratamiento y que son necesarios para la preparación previa al implante de medula ósea una vez termine las sesiones de quimioterapia:

a).- Bortezomib polvo 3.5 mg y Ácido Zoledronico 4mg/100ml, ordenados el 21 de enero de 2022, radicados en la ruta preferencial de EPS Sanitas el 21 de enero de 2022, autorizado el día 26 de enero de 2022 con el # 173663049.

b).- Acyclovir 800mg, Dexametasona tab 4 mg, Esomeprazol de 40mg; ordenado el 21 de enero de 2022, radicados en la ruta preferencial de EPS Sanitas el 21 de enero de 2022, autorizado el día 1 de febrero de 2022 con el # 174468644.

c).- Pregabalina 75 mg cap, Fentanilo 4,2 mg sist transd; ordenado el 14 de enero de 2022, radicados en la ruta preferencial de EPS Sanitas el 21 de enero de 2022, autorizado el 25 de enero con el # 173633707.

d).- Lenalidomida tab de 25 mg cap, ordenado el 21 de enero de 2022, radicados en la ruta preferencial de EPS Sanitas el 21 de enero de 2022, del que no se tiene cuenta sobre su autorización a la fecha. Es el medicamento de quimioterapia que debe ser suministrado por vía oral diariamente.

e).- Duloxetina Cap 30mg ordenado el 14 de enero de 2022, radicados en la ruta preferencial de EPS Sanitas el 21 de enero de 2022, del que no se tiene cuenta sobre su autorización.

f).- Acido Zolendrónico ordenado para el 2° ciclo de quimioterapia, no fue autorizado oportunamente, y por ende, lo adquirieron en la Clínica del Country para no interrumpir el tratamiento, su costo fue de \$526.449.

Medicamentos que afirmó fueron ordenados y autorizados para el primer y segundo ciclo de quimioterapia, empero desconoce por qué razón no se ha autorizado la medicación completa para el 3er ciclo de quimioterapia.

7.- Manifestó que los medicamentos entregados, se encuentran dispuestos para ser suministrados hasta el 4 de febrero de 2022, no obstante, el 5 de febrero de 2022 ya no contará con el suministro del medicamento Lenalidomida, lo que afirma significaría nuevamente, ausencia de resolución por parte de la EPS Sanitas y por ende, desembolsar nuevamente su costo, el que indicó en esta oportunidad costaría la suma de \$21.573.975.00 M/Cte, pero no cuenta con ella.

8.- Reiteró que los exámenes de *TRANSLOCACION 11,14 POR FISH (E * TRANSLOCACION 14 - 20 POR FISH (E) *TRANSLOCACION 14;16 POR FISH (E) *TRANSLOCACION 4-14 POR FISH (E) *TRANSLOCACION DE P-53 FISH, son esenciales para el diagnóstico y toma de decisión del protocolo a seguir en el tratamiento del Mieloma Múltiple.

9.- Indicó que, de acuerdo con la Jurisprudencia, todo paciente o enfermo tiene derecho a que se establezca un diagnóstico sobre sus condiciones clínico patológicas, por lo que las EPS, deben garantizar la adecuada prestación de servicios para dicho efecto, comprendiendo la realización de los exámenes indispensables para establecer el diagnóstico y prescribir el tratamiento correspondiente. (Ley 23 de 1981 art 10), señalando a su vez que de acuerdo con lo establecido en la Ley 1751 de 2015, los médicos gozan de autonomía para ordenar los exámenes necesarios y establecer el diagnóstico de los pacientes, existiendo un deber correlativo de las EPS de autorizar y facilitar la realización los exámenes indispensables a los pacientes para establecer el diagnóstico.

10.- Finalmente, manifestó que en el evento contrario se estaría vulnerando su derecho a la salud e igualdad, en tanto afirmó se tiene evidencia de que estos exámenes ya fueron autorizados anteriormente a otros usuarios de la EPS Sanitas, siendo el caso del señor PABLO EMILIO MONTOYA AYALA, con C.C. No. 6.556.373 a quien el 17 de noviembre de 2021, le fueron autorizados y se le diagnosticó MIELOMA MÚLTIPLE, a su vez al del PACIENTE ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ.

II. EL TRÁMITE DE INSTANCIA

1.- Admitida la acción de tutela, se ordenó el traslado a la entidad encausada y a las vinculadas, para que remitieran copia de la documentación en cuanto a los hechos de la solicitud de amparo y ejercieran su derecho de defensa, librando las comunicaciones de rigor.

2.- En oportunidad SANITAS E.P.S. a través del representante legal para temas de salud y acciones de tutela, manifestó que en cuanto al cumplimiento de la medida provisional decretada fueron autorizados los siguientes medicamentos:

“Muy respetuosamente le informamos que el señor MACÍAS GUTIÉRREZ AUTORIZACIÓN N° 174507864 PARA BORTEZOMIB 3.5MG POLV INY Y ZOLEDRONICO ACIDO 4MG/100ML SOL INY, FECHA de emisión de la autorización: 01/02/2022, EN ADMINISTRADORA COUNTRY S A S - BOGOTÁ D.C., VIGENTE HASTA 20/02/202

AUTORIZACIÓN N° 175041979, fecha de emisión de autorización: 04/02/2022, para ESOMEPRAZOL 40MG TAB LIB RET O CAP LIB RET (CUB. ENTERICA) # 30, DEXAMETASONA 4MG TABLETA CON OSIN RECUBRIMIENTO # 30 Y ACICLOVIR 800MG TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO 04/02/2022 60, el suministro en DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S A S - BOGOTÁ D.C., VIGENTE HASTA 20/02/2022

AUTORIZACIÓN N° 174772862, FECHA, PARA PREGABALINA 75MG CAP # 30 Y DULOXETINA 30MG CAP LIB RET # 30, EN DROGUERÍAS Y FARMACIAS CRUZ VERDE S A S - BOGOTÁ D.C., VIGENTE HASTA 13/02/2022.

AUTORIZACIÓN N° 174649180, HECHA 02/02/2022, PARA LENALIDOMIDA 25MG CAP (LADEVINA) # 21, dispensación a cargo de CRUZ VERDE SAS (BOGOTÁ) VIGENTE HASTA 20/02/2022.

AUTORIZACIÓN N° 173633707, FECHA 25/01/2022 PARA FENTANILO 4.2MG (25MCG/H) SIST TRANSD # 10, vigencia de la orden hasta 13/02/2022

*Con respecto al estudio de TRANSLOCACIÓN 11,14 POR FISH (E * TRANSLOCACIÓN 14 - 20 POR FISH (E) *TRANSLOCACIÓN 14;16 POR FISH (E) *TRANSLOCACIÓN 4-14 POR FISH (E) *TRANSLOCACIÓN DE P-53 FISH, NO SE ENCUENTRA AUTORIZADO POR LA EPS SANITAS S.A.S., dado que dicha orden medica se tramito bajo el plan de COOMEVA MEDICINA PREPAGADA PROGRAMA ORO, no siendo esta emitida por Institución de red prestadora, ni avalada por médicos adscritos, así mismo no fue direccionado por la EPS SANITAS S.A.S.*

Así mismo señora juez, el área encarga del cumplimiento de las medidas provisionales ha informado que se comunicó con la señora Yolanda Corredor (Parentesco Cónyuge) para validar las ordenes medicas periódicas, quien refiere cuenta con las ordenes autorizadas de los medicamentos. Enfatizamos señora juez, que estamos prestos a realizar las acciones necesarias para cumplimiento de la orden judicial.”

Frente a los hechos de la acción de tutela manifestó que el agenciado se encuentra vinculado a través de la EPS Sanitas S.A.S. en calidad de beneficiario de su cónyuge, régimen contributivo, cuyo cotizante es la señora YOLANDA PATRICIA CORREDOR AGUILERA, con IBC de \$5.000.000, estado ACTIVO.

De acuerdo con su sistema de información, ha brindado las prestaciones médico - asistenciales requeridas con ocasión al estado de salud, a través del equipo multidisciplinario y conforme con las respectivas órdenes médicas emitidas por los médicos tratantes.

Indicó que no existe orden médica para la atención en una IPS específica, por lo que hace claridad frente a que EPS SANITAS S.A.S., cuenta con instituciones adscritas prestadoras de servicio de salud las cuales están habilitadas para

prestar el servicio requerido y conforme a los estándares de calidad en atención a su patología.

En cuanto a la solicitud de reembolso de dineros, indicó que debe tenerse en cuenta que la Ley estableció en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, la competencia para dirimir esos conflictos, luego el Juez de Tutela tiene competencia residual y carece de la misma para resolverlo, por lo que solita se abstenga de emitir pronunciamiento en tal sentido y se deniegue la acción por improcedente.

Señaló igualmente que no existe orden médica que disponga un manejo integral para la patología C900: MIELOMA MÚLTIPLE, sosteniendo que al paciente se le ha suministrado la atención requerida de acuerdo con su cuadro clínico y evolución.

Manifestó que EPS Sanitas S.A.S., suministra los servicios de salud requeridos por los pacientes a través de las IPS que hacen parte de su red de prestadores; sin embargo, EPS Sanitas S.A.S., ha realizado las gestiones necesarias para brindar los servicios médicos requeridos por el agenciado de acuerdo con las coberturas del Plan de Beneficios en Salud actual Resolución 2292 de 2021, ordenados y autorizados por su médico tratante.

Expuso que mediante la Ley 1955 del 2019 fue expedido el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, disponiendo en el artículo 2401 que, los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a los recursos de la UPC serían gestionados por las EPS quienes los solventarían con cargo al Presupuesto Máximo que les transfiera para tal efecto ADRES.

Así pues, mediante Resoluciones 206 de 2020 y 594 de 2021 el Ministerio de Salud y Protección Social, fijó para EPS Sanitas el valor del Presupuesto Máximo para las vigencias de 2020 y 2021, respectivamente, no obstante, no han sido suficientes para la cobertura de la totalidad de los servicios y tecnologías No PBS requeridas por sus afiliados durante la vigencia 2020, 2021 y en lo transcurrido de 2022, situación que refiere ha sido puesta en conocimiento del Ministerio de Salud y Protección Social, pero no se ha dado solución.

Se pronunció igualmente con relación a la capacidad del usuario y de cónyuge, señalando que cuenta con la misma para sufragar el costo de los servicios que no se encuentran cubiertos en el PBS según Resolución 2292 de 2021.

Indicó que no se evidencia de manera concluyente vulneración de derechos fundamentales en tanto aduce no hay prueba si quiera sumaria que indique que se ha rehusado a cumplir con las obligaciones legales y constitucionales que le asisten.

Se pronunció además sobre la libre escogencia de IPS o medico específico señalando que la misma se debe hacer efectiva dentro de la red contratada para dicho fin la cual se brinda a los usuarios de acuerdo con los parámetros de direccionamiento a fin de distribuir de manera eficiente y equitativamente, la utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios, recabando en que todas las IPS adscritas a EPS SANITAS S.A.S., están habilitadas por parte de la Secretaría

de Salud y cumplen con los requisitos de ley para prestar los servicios que brindan, además de contar con profesionales idóneos y con las capacidades técnicas y científicas para cuidar la salud de los usuarios.

Expreso que no ha incurrido en incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada en la prestación de los servicios de salud, que conlleve a que el agenciado rechace de plano las opciones de IPS brindadas dentro de su red de prestadores.

Se refirió además sobre la solicitud de orden de pago en favor de EPS SANITAS S.A. ante el ADRES a fin de que haya un equilibrio financiero, pues de lo contrario la devolución de dichos recursos es demorada y exagerada, por lo que considera se hace necesario en la parte resolutive de la sentencia se de dicha orden de manera expresa otorgando un plazo de 15 días para el reembolso.

Concluye que la EPS ha realizado las gestiones necesarias para brindar los servicios requeridos por el agenciado de acuerdo a la cobertura del Plan de Beneficios en Salud y, por ende, no hay vulneración o amenaza a los derechos constitucionales alegados en tanto aduce ha autorizado las valoraciones con médicos especialistas y los medicamentos requeridos para el manejo de su patología.

Finalmente, solicita se declare que no ha vulnerado los derechos fundamentales del accionante y en consecuencia se ha de negar las pretensiones de la acción de tutela, empero de manera subsidiaria suplica que en caso que se acceda a lo pretendido el fallo se delimite en cuanto a la patología objeto de amparo, siendo en el caso particular C900: MIELOMA MÚLTIPLE, pero no frente a procedimientos o medicamentos futuros, es decir, aquellos que no hayan sido ordenados actualmente por médicos de la red de prestadores de la EPS Sanitas S.A.S., en tanto al no existir orden médica, tampoco habría negativa.

3.- Por su parte Clínica del Country señaló que ha brindado la atención medica requerida con ocasión a la patología presentada por el agenciado, refiriendo que le ordenaron unos estudios los cuales fueron negados por COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, procediendo a solicitar autorización a EPS SANITAS, quien a su vez tampoco emitió la autorización correspondiente por falta de complementariedad con la compañía de Medicina Prepagada y adicionalmente porque la Clínica no hace parte de su red de prestadores (adjunta anexo 2).

Señaló que dicha información fue brindada a la Sra. Yolanda Corredor -cónyuge-, quien a su vez realizó el abono de forma particular para toma de los estudios.

Relató que el 4 de febrero se recibió confirmación del laboratorio, en donde les informaron que el estudio FISH PARA TRANSLOCACION 14 20, no fue procesado, y por ende, se encuentran en proceso de validación para efectuar la devolución del dinero cancelado por el paciente y su familiar (anexo 3); no obstante, la Clínica ha continuado garantizando la prestación de los servicios de salud requeridos por el paciente durante su estancia de acuerdo con las indicaciones de los médicos tratantes hasta el 31 de diciembre de 2021, fecha en la cual se dio el alta.

Indicó que posteriormente el paciente ingresó al servicio de la Unidad Oncológica, el 5 de febrero de 2022, para llevar a cabo administración de quimioterapia por diagnóstico de Mieloma múltiple IgG Kappa, de acuerdo con el siguiente plan:

- Bortezomib 2.6 mg día 1, 4, 8 y 11 - Ácido zoledrónico 4 mg día 1 - 29 de enero: día 1 ciclo 3 - 5 de febrero: Día 8, se aplicó Bortezomib 2.6mg.

Frente al trámite administrativo, informó que la atención del señor Macias ha estado a cargo de Coomeva Medicina Prepagada, indicando además que actualmente la Clínica no tiene convenio con Sanitas EPS para la atención de sus afiliados.

Señaló que frente a las pretensiones invocadas, la institución no tiene injerencia alguna en razón a que de acuerdo con la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, quien tiene la obligación de garantizar la prestación de los servicios de salud, requeridos por los afiliados, son las Entidades Promotoras de Salud –EPS- o el Plan Adicional de Salud -PAS- que haya adquirido el paciente, bajo los principios de continuidad e integralidad en el servicio público de salud, por lo que solicita se desvincule de forma expresa a CLINICA DEL COUNTRY de la presente acción de tutela.

4.- En cuanto al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, señaló que frente al punto específico del estado de salud del agenciado y de la patología que padece, no les compete realizar un pronunciamiento expreso en tanto su labor se circunscribe a otorgar el Registro Sanitario a los productos descritos en el artículo 245 de la ley 100 de 1993 y realizar las actividades de inspección, vigilancia y control de los productos objeto de su atención, mas no el suministro, entrega y/o autorización de medicamentos independientemente de que estos se encuentren o no en el POS.

Respecto a los medicamentos prescritos para el tratamiento, señaló que cuentan con el registro sanitario otorgado por el Instituto y, con registro sanitario vigente, estos son: BORTEZOMIB POLVO 3.5 MG, ÁCIDO ZOLEDRONICO 4MG/100ML, ACYCLOVIR 800MG, DEXAMETASONA 4 MG, ESOMEPRAZOL 40MG, PREGABALINA 75 MG, FENTANILO 4,2 MG, LENALIDOMIDA 25 MG, DULOXETINA 30MG.

Asimismo, señaló que no se encuentra en el listado UNIRS, no ha sido clasificado como Medicamentos Vitales No Disponibles.

En cuanto a los medicamentos Aciclovir Tab 800mg, Esomeprazol De 40mg, Pregabalina 75 Mg cap y Duloxetina cap 30 mg., motivo del requerimiento, indicó que no se encuentran aprobados para el manejo de la patología que padece el accionante, 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 1782 de 2014. Esta evaluación es realizada por la Sala Especializada de

Moléculas Nuevas, Nuevas indicaciones y Medicamentos Biológicos, SEMNNIMB. (Acuerdo 003 de 2017).”

Respecto a los medicamentos Aciclovir Tab 800mg, Esomeprazol De 40mg, Pregabalina 75 Mg cap y Duloxetina cap 30 mg, manifestó que fueron evaluados por la Sala Especializada de Medicamentos, empero no cuentan con aprobación de evaluación farmacológica para el uso en pacientes con el diagnóstico mencionado; sin embargo, los medicamentos: Bortezomib Polvo 3.5 mg, Ácido Zoledrónico 4mg/100ml, Dexametasona Tab 4 mg, Fentanilo 4,2 mg Parche y Lenalidomida Tab De 25, mg, si se encuentran aprobados para la patología referida por el accionante.

Pese a lo anterior, expresó que el médico tratante debe aportar la evidencia suficiente que demuestre la seguridad y eficacia del medicamento a la Sociedad Científica respectiva, la que a su vez 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).

En consecuencia, considera se presenta una falta de legitimación en la causa por pasiva por lo que se debe ordenar su desvinculación, dado que, en el evento de prosperar las pretensiones, estas deben ser satisfechas por la EPS accionada.

5.- La ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES, efectuó un relato sobre las obligaciones de la EPS, señalando que dentro de estas se encuentra atender todas las contingencias que se presenten en la prestación del servicio de salud y por ende, pueden conformar libremente su red de prestadores, sin dejar de garantizar la atención de sus afiliados.

Frente al caso en concreto, manifestó que es función de la EPS y no del ADRES la prestación de los servicios en salud, y por ende la vulneración se produciría por la omisión no atribuible a esa entidad, configurándose así una falta de legitimación en la causa por pasiva ante dicha entidad, siendo esta -EPS- la encargada de garantizar la prestación oportuna de los servicios en salud que requieran sus afiliados, pudiendo conformar de forma libre su red de prestadores sin dejar de garantizar la atención de los afiliados o retrasarla de forma que se ponga en riesgo su vida o su salud con fundamento en que lo requerido no se encuentre dentro del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Realizó un extenso análisis sobre la entrega de medicamento o insumos no financiados con los recursos de la unidad de pago por capitación – UPC y con el presupuesto máximo.

Finalmente, solicitó, se niegue el amparo en lo que tenga que ver con esa administradora en tanto refiere que, de los hechos y el material probatorio, se desprende que esa entidad, no desplegado ninguna conducta que vulnere los derechos fundamentales de la accionante, razón por la cual solicita su

desvinculación de la presente acción constitucional e igualmente, negar cualquier solicitud de recobro.

6.- Por su parte SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD por intermedio de la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica manifestó que no es la encargada de responder por la prestación de los servicios en salud por prohibición expresa del artículo 31 de la Ley 1122 de 2007.

Que procedió a verificar la base de datos del BDUA – ADRES y el Comprobador de Derechos de la Secretaria Distrital de Salud, evidenciando que el accionante se encuentra con afiliación ACTIVA en EPS SANITAS S.A.S. a través del régimen contributivo en calidad de beneficiario, por lo que todas las obligaciones que se deriven de la prestación del servicio de salud, son responsabilidad de EPS SANITAS S.A.S.

Refirió que acreditada la orden del médico tratante, deben despacharse de forma favorable las pretensiones elevadas en tanto el operador jurídico no puede entrar a suplir el criterio del profesional de la salud, señalando a su vez la normatividad aplicable al caso y que da cuenta que los servicios requeridos deben ser brindados bajo los criterios de oportunidad y calidad, siendo obligación de la EPS garantizar la continuidad en la prestación.

Se pronunció además sobre la prestación de los servicios no incluidos en el PBS autorizados mediante formato MIPRES, indicando que al no encontrarse en la cobertura POS, deben ser autorizados por el médico tratante mediante el formato MIPRES, reiterando que EPS SANITA S.A.S. está obligada a garantizarlos, no debiendo imponer cargas a los pacientes o familiares que sean netamente competencia de la EPS autorizarlos.

Manifestó que la acción de tutela es improcedente en su contra por cuanto no ha vulnerado o amenazado derecho alguno de la accionante, además de existir una falta de legitimación en la causa por pasiva en razón a que reitera que el responsable es EPS SANITAS y, en consecuencia, solicita su desvinculación.

7.- Finalmente, Coomeva Medicina Prepagada, Coomeva EPS y, Clínica Colsanitas, dentro del término de traslado guardaron silencio.

III. PROBLEMA JURÍDICO

En el presente asunto, el problema jurídico a resolver, se circunscribe a determinar si se vulneraron o no los derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas del agenciado ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ, por la presunta omisión en la entrega oportuna de los medicamentos: a).- Bortezomib polvo 3.5 mg y Ácido Zoledrónico 4mg/100ml; b).- Acyclovir 800mg, Dexametasona tab 4 mg, Esomeprazol de 40mg; c).- Pregabalina 75 mg cap, Fentanilo 4,2 mg sist transd; d).- Lenalidomida tab de 25 mg cap; e).- Duloxetine Cap 30mg; conforme lo prescrito por el médico tratante.

IV. CONSIDERACIONES

1.- De conformidad con lo dispuesto en el art. 37 del Decreto 2591 de 1991 y en el núm. 1° del art. 1° del Decreto 1382 de 2000, este Juzgado es competente para conocer de la presente acción de tutela.

2.- La acción de tutela es una herramienta con la que se busca la protección inmediata de los derechos fundamentales de las personas ante la acción u omisión de las autoridades públicas o aún de los particulares, en los casos establecidos por la ley¹,

3.- En tratándose del derecho a la salud, la Corte Suprema de Justicia ha reiterado que para su protección no es atendible el antiguo criterio restringido, según el cual este derecho solo era susceptible de amparo por conexidad con los derechos fundamentales a la vida, la integridad personal o la dignidad humana, o sus destinatarios eran sujetos de especial protección constitucional, como los niños, los discapacitados o los adultos mayores, como quiera que la doctrina constitucional lo concibe actualmente como un derecho fundamental autónomo (Sentencia T-760/08).

Adicionalmente, se ha resaltado que el derecho a la salud tiene una *“naturaleza compleja, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de acciones y omisiones, que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general, complejidad que implica a efectos de garantizar el goce efectivo del mismo que esté supeditado a los recursos materiales e institucionales disponibles”*².

La comentada complejidad de este derecho ha permitido observar que su garantía supone varias facetas³, con la finalidad de lograr el aludido estado de bienestar físico, psíquico y social. Por una parte, es posible identificar un factor de prevención, con el cual se busca evitar la enfermedad, resultando pertinente no solo la prestación de los servicios médico-científicos idóneos, sino también la puesta en marcha de políticas educativas, que incentiven en la población la realización de prácticas y la consolidación de hábitos tendientes a la conservación de la salud, lo que además es desarrollo de lo establecido en el inciso 5° del artículo 49 superior.

Asimismo, se concibe una faceta de rehabilitación o de restablecimiento de la salud, en la que es posible distinguir una fase reparadora, con la que se procura la eliminación de la perturbación a la salud (curación de la enfermedad o del traumatismo), y otra faceta de mitigación o paliativa, cuyo objetivo es morigerar los efectos negativos que pudieren quedar.

Bajo esta premisa, que supone la complejidad de servicios que deben ser prestados para la efectividad plena del derecho a la salud, la H. Corte Constitucional acogió los argumentos expuestos en la Observación Número 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la que se destacó la necesidad de que la prestación de servicios de salud se sujete a los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, a fin de lograr *“el disfrute del*

¹ CSJ Civil, 24/Ene./2013, e15001-22-13-000-2012-00593-01, A. Salazar y CConst, T-001/1992 y C-543/1992, J. Hernández.

²Cfr. T-200 de marzo 15 de 2007 y T-548 de julio 17 de 2011, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto (ambas)..

³ Cfr. T-650 de septiembre 17 de 2009, M. P. Humberto Sierra Porto.

más alto nivel posible de salud”⁴, lo cual implica una mayor exigencia para los prestadores del servicio y para el Estado, como garante último de la efectividad del derecho.

4.- Así, la jurisprudencia ha desarrollado el principio de integralidad en el Sistema de Seguridad Social en Salud, que permita lograr el disfrute de ese “más alto nivel posible de salud”. En la sentencia T-760 de 2008 (julio 31, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa), la Corte sostuvo: “Este principio ha sido desarrollado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional con base en diferentes normas legales⁵ y se refiere a la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante”.

Al respecto ha dicho la Corte que “(...) la atención y el 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 paciente⁶ 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”.⁷ (Subrayado del Despacho).

5.- De otro lado, recuérdese que de conformidad con el artículo 177 de la Ley 100 de 1993, las entidades promotoras de salud son las llamadas a garantizar la asistencia médica de sus afiliados, de manera directa o indirecta, a través de las instituciones que contratan, dado que los convenios suscritos con las IPS tienen la finalidad de suministrar todos los servicios de salud que requieran los pacientes. Su deber no se limita a autorizarlos en aquellas, sino también a garantizar que se presten oportunamente los servicios que fueron aprobados.

En ese sentido, la prestación del servicio debe darse de inmediato, sin que el afiliado se vea afectado por los trámites administrativos que les correspondan a las entidades pertenecientes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y que puedan poner en peligro su salud y su vida.

6.- Respecto a las órdenes emitidas por un galeno que no se encuentra adscrito a la EPS del afiliado, la H. Corte Constitucional en sentencia T – 178 de 2011, M.P. Dr. GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO, sobre el particular precisó:

⁴ Cfr. T-274 de abril 13 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto.

⁵ En la sentencia T-179 de febrero 24 de 2000, M. P. Alejandro Martínez Caballero, se indicó: “El plan obligatorio de salud es para todos los habitantes del territorio nacional para la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías (artículo 162 ley 100 de 1993). || Además, hay guía de atención integral, definida por el artículo 4° numeral 4 del decreto 1938 de 1994: ‘Es el conjunto de actividades y procedimientos más indicados en el abordaje de la promoción y fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad; en la que se definen los pasos mínimos a seguir y el orden secuencial de éstos, el nivel de complejidad y el personal de salud calificado que debe atenderlos, teniendo en cuenta las condiciones de elegibilidad del paciente de acuerdo a variables de género, edad, condiciones de salud, expectativas laborales y de vida, como también de los resultados en términos de calidad y cantidad de vida ganada y con la mejor utilización de los recursos y tecnologías a un costo financiable por el sistema de seguridad social y por los afiliados al mismo.’ || Por otro aspecto, el sistema está diseñado, según el Preámbulo de la ley 100 de 1993, para asegurar la calidad de vida para la cobertura integral, de ahí que dentro de los principios que infunden el sistema de seguridad social integral, está, valga la redundancia, el de la integralidad, definido así: ‘Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por la ley’ (artículo 2° de la ley 100 de 1993). || Es más: el numeral 3° del artículo 153 ibidem habla de protección integral: ‘El sistema general de seguridad social en salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del plan obligatorio de salud’. || A su vez, el literal c- del artículo 156 ibidem expresa que “Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominada el plan obligatorio de salud” (resaltado fuera de texto). || Hay pues, en la ley 100 de 1993 y en los decretos que la reglamentan, mención expresa a la cobertura integral, a la atención básica, a la integralidad, a la protección integral, a la guía de atención integral y al plan integral. Atención integral, que se refiere a la rehabilitación y tratamiento, como las normas lo indican.”

⁶ En este sentido se ha pronunciado esta corporación, entre otras, en la sentencia T-136 de febrero 19 de 2004, M.P. Manuel Cepeda Espinosa.”

⁷ Cfr. T-1059 de diciembre 7 de 2006, M. P. Clara Inés Vargas H.; T-062 de febrero 2 de 2006, M. P. Clara Inés Vargas H., T-730 de septiembre 13 de 2007, M. P. Marco Gerardo Monroy C.; T-536 de julio 12 de 2007, M. P. Humberto A. Sierra Porto; y T-421 de mayo 25 de 2007, M. P. Nilson Pinilla P.

“MEDICO TRATANTE-Concepto del médico tratante no adscrito a la EPS resulta vinculante

De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, el hecho de que se presente una prescripción suscrita por un médico no adscrito a la correspondiente E.P.S., no implica, per se, que deba ser descartada o rechazada por cuanto, a la luz de las circunstancias de cada caso concreto, cabría la posibilidad de que resulte vinculante para la entidad. De manera general, la Corte en situaciones en las cuales los médicos no adscritos que han formulado una prescripción son profesionales de la salud reconocidos, que hacen parte del Sistema y han tratado al paciente y, por consiguiente, conocen su caso, ha señalado que las órdenes impartidas por éstos médicos deben ser acatadas, así no estuvieran adscritos “formalmente” a la entidad demandada, si en el pasado ya habían sido identificados como médicos tratantes o hacían parte de la red de contratistas de la entidad. **En otros casos, la Corte ha considerado que “el examen diagnóstico prescrito por un especialista no adscrito a la respectiva entidad resulta vinculante para esta cuando es requerido para determinar el origen de una afección y proporcionar el tratamiento adecuado, si los medicamentos y exámenes realizados hasta el momento se han mostrado ineficaces para revelar cuál es la situación específica de salud del paciente”. En tales casos, el concepto médico externo vincula a la E.P.S., obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones de carácter técnico, adoptadas en el contexto del caso concreto.** Tales consideraciones pueden ser las que se deriven del concepto de un médico adscrito a la E.P.S. o de la valoración que haga el Comité Técnico Científico, según lo haya determinado cada E.P.S. Establecidas las circunstancias en las cuales el concepto emitido por un médico tratante no adscrito resulta vinculante para las E.P.S., se procederá a reiterar la jurisprudencia en torno a las condiciones en las que debe autorizarse el suministro de un tratamiento o medicamento no P.O.S.” (Énfasis añadido)

7.- En el *sub examine* aflora irrefutable la concesión del amparo deprecado, por cuanto cierto es que se requiere la autorización y entrega en oportunidad de los medicamentos a).- Bortezomib polvo 3.5 mg y Ácido Zoledronico 4mg/100ml; b).- Acyclovir 800mg, Dexametasona tab 4 mg, Esomeprazol de 40mg; c).- Pregabalina 75 mg cap, Fentanilo 4,2 mg sist transd; d).- Lenalidomida tab de 25 mg cap; e).- Duloxetina Cap 30mg; prescritos por el médico tratante a efecto que pueda continuar con el tratamiento de quimioterapia necesaria para el manejo de la patología C900: MIELOMA MÚLTIPLE, toda vez que, se advierte acerca de la necesidad y urgencia en su entrega, téngase en cuenta que, toda negligencia o mora en la autorización y suministro de los mismos, se constituye en una abierta y clara vulneración al derecho fundamental a la salud y a la vida en condiciones dignas.

Lo anterior, habida cuenta que pese a que no fueron prescritos por un médico adscrito a la red de prestadores del servicio de salud contratada por el EPS accionada de acuerdo con la jurisprudencia constitucional el mismo es vinculante para la entidad, en tanto que, son requeridos para el manejo integral de la patología que padece el agenciado y así continuar con el tratamiento ordenado, amen de lo anterior, no se aportó concepto médico emitido por galeno perteneciente a su red que determinara la no viabilidad o necesidad en el suministro de los mismos o en su defecto que pudieran ser reemplazados por otros que conlleven a igual eficacia, es decir, no fue controvertido por la EPS con base en criterios científicos o técnicos.

Igualmente, cada uno de los medicamentos enunciados cuentan con el registro sanitario vigente otorgado por el Instituto Nacional de Vigilancia de

Medicamentos y Alimentos – INVIMA-, pues así lo afirmó la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la entidad al momento de pronunciarse a su vinculación dentro del trámite de la presente acción de tutela, señalando a su vez que no han sido clasificados como Medicamentos Vitales No Disponibles.

Cabe anotar que, si bien respecto a los medicamentos Aciclovir Tab 800mg, Esomeprazol De 40mg, Pregabalina 75 Mg cap y Duloxetina cap 30 mg., el INVIMA manifestó que no se encuentran aprobados para el manejo de la patología que padece el accionante, lo cierto es que también refirió que para su suministro debe previamente firmarse un consentimiento informado el cual deberá ser suscrito tanto por el médico tratante como por el paciente o su representante, razón por la cual a efecto de garantizar la protección de los derechos a la salud y vida del agenciado, se dispondrá que en lo pertinente, el galeno tratante, así como el señor ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ o su cónyuge suscriban el citado consentimiento.

En este orden de ideas, innegable es que en la Constitución Política se establece el derecho a la vida como inviolable y la obligación para el Estado de protegerlo, luego la accionante no tiene por qué soportar la demora en el suministro, ni puede ser sometida al capricho de la entidad accionada, pues su no entrega puede conllevar consecuencias aún mayores a las que ha de generarle *per se* su padecimiento.

En armonía con lo expuesto, conclúyase que la accionada SANITAS E.P.S., debe proceder dentro del término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, a autorizar y garantizar en favor de ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ la entrega de los medicamentos a).- Bortezomib polvo 3.5 mg y Ácido Zoledronico 4mg/100ml; b).- Acyclovir 800mg, Dexametasona tab 4 mg, Esomeprazol de 40mg; c).- Pregabalina 75 mg cap, Fentanilo 4,2 mg sist transd; d).- Lenalidomida tab de 25 mg cap; e).- Duloxetina Cap 30mg; en la forma, términos y periodicidad ordenados por el médico tratante, atendiendo para ello el estado de salud del agenciado.

8.- En relación con la solicitud de la tutelante en el sentido que se ordene a la entidad accionada garantizar el **tratamiento integral**, en los eventos de vulneración del derecho a la salud de las personas con un delicado estado de la misma, como en el caso de ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ, adquieren una protección constitucional reforzada que hace procedente ordenar la prestación de todos los servicios que demanda la atención médica integral, al margen que los mismos se encuentren incluidos o no dentro del Plan de Beneficios en Salud.

En la sentencia T-408 de 2011, precisó la Corte Constitucional: *“Frente al principio de integralidad en materia de salud, la Corte Constitucional ha estudiado el tema bajo dos perspectivas, la primera, es la relativa al concepto mismo de salud y sus dimensiones y, la segunda, hace mención 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.*

La segunda perspectiva del principio de integralidad ha sido considerada de gran importancia para esa Corporación, toda vez que constituye una obligación para el

Estado y para las entidades encargadas de brindar el servicio de salud, pues el mismo, debe ser prestado eficientemente y con la autorización total de los tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás que el paciente requiera con ocasión del cuidado de su patología y que sean considerados como necesarios por el médico tratante.

En consecuencia, es procedente el amparo por medio de la acción de tutela del tratamiento integral, pues con ello se garantiza la atención, en conjunto, de las prestaciones relacionadas con las patologías de los pacientes, previamente determinadas por su médico tratante.

Sin embargo, en aquellos casos en que no se evidencie de forma clara, mediante criterio, concepto o requerimiento médico, la necesidad que tiene el paciente de que le sean autorizadas las prestaciones que conforman la atención integral, y las cuales pretende hacer valer mediante la interposición de la acción de tutela; la protección de este derecho lleva a que el juez constitucional determine la orden en el evento de conceder el amparo, cuando se dan los siguientes presupuestos: **“(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, la H. Corte Constitucional, ha señalado que existe una serie de casos o situaciones que hace necesario brindar una atención integral al paciente, independientemente de que el conjunto de prestaciones pretendidas se encuentren por fuera del Plan de Beneficios en Salud –PBS-, como cuando se trata de sujetos de especial protección constitucional, - menores, adultos mayores, desplazados, personas con discapacidad física, o que padezcan de enfermedades catastróficas (subrayado del despacho).

Al respecto, la Sentencia T-531 de 2009, M. P. Humberto Antonio Sierra Porto, expuso lo siguiente: “Así, esta Corporación ha dispuesto que tratándose de: **(i) sujetos de especial protección constitucional (menores, adultos mayores, desplazados(as), indígenas, reclusos(as), entre otros), y de (ii) personas que padezcan enfermedades catastróficas (sida, cáncer, entre otras), se debe brindar atención integral en salud, con independencia de que el conjunto de prestaciones requeridas estén excluidas de los planes obligatorios.**” (subrayado y negrillas fuera de texto).

9.- De ahí que, en aras de proteger los derechos prevalentes del señor ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ, emerge con claridad que EPS SANITAS S.A.S., deberá **garantizar el tratamiento integral** que requiera para la atención de su patología, esto es, C900: mieloma múltiple, entendido como tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás, sin perjuicio de que, en caso que algunos de ellos se encuentren excluidos del Plan de Beneficios en Salud, pueda repetir en contra del ente respectivo de conformidad con las normas que regulan la materia.

10.- Finalmente, respecto a que se emitida orden en contra de EPS SANITAS para que efectúe el reembolso de los gastos médicos, se **negará por improcedente**, toda vez que, se trata de una pretensión netamente de contenido económico y

frente a la que conforme lo ha señalado la Corte Constitucional, dada la naturaleza residual y subsidiaria de la acción de tutela, no es el mecanismo adecuado para dicho fin, en razón a que el agenciado y su cónyuge, cuentan con la posibilidad de acudir ante la Superintendencia Nacional de Salud, máxime en razón a que no se indicó que, con el mismo, se hubiese visto afectado su mínimo vital o la acusación de un perjuicio irremediable.⁸

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto el Juzgado Diecinueve Civil Municipal de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO.- CONCEDER el amparo constitucional que invocó YOLANDA PATRICIA CORREDOR AGUILERA, como agente oficioso de su esposo ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ contra SANITAS E.P.S., de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de la presente decisión judicial.-

SEGUNDO.- ORDENAR al representante legal de SANITAS E.P.S., o quien haga su veces, dentro del término de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación del presente fallo, si aún no lo ha hecho, autorizar y garantizar en favor de ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ la entrega de los medicamentos a).- Bortezomib polvo 3.5 mg y Ácido Zoledronico 4mg/100ml; b).- Acyclovir 800mg, Dexametasona tab 4 mg, Esomeprazol de 40mg; c).- Pregabalina 75 mg cap, Fentanilo 4,2 mg sist transd; d).- Lenalidomida tab de 25 mg cap; e).- Duloxetina Cap 30mg; en la forma, términos y periodicidad ordenados por el médico tratante, atendiendo para ello el estado de salud del agenciado.

TERCERO.- ORDENAR que respecto del suministro de los medicamentos Aciclovir Tab 800mg, Esomeprazol De 40mg, Pregabalina 75 Mg cap y Duloxetina cap 30 mg, para su suministro deberá previamente firmarse consentimiento informado suscrito tanto por el médico tratante como por el paciente o su representante, atendiendo las razones expuestas en la parte motiva.

CUARTO.- CONCEDER EL TRATAMIENTO INTEGRAL que requiera ALVARO MARTÍN MACÍAS GUTIÉRREZ para la atención de su patología, esto es, C900: MIELOMA MÚLTIPLE, entendido como tratamientos, medicamentos, intervenciones, procedimientos, exámenes, controles, seguimientos y demás, sin perjuicio de que, en caso que algunos de ellos se encuentren excluidos del Plan de Beneficios en Salud, pueda repetir en contra del ente respectivo de conformidad con las normas que regulan la materia.

⁸ Frente al particular, la Corte, en Sentencia T-105 de 2014, señaló: "En síntesis, por regla general, la acción de tutela que se dirige a obtener el reembolso del dinero de las atenciones en salud que tuvo que costear el paciente y su familia es improcedente cuando se prestó el servicio, porque la petición se concreta en reclamar una suma monetaria. Esta petición es contraria al propósito de la acción de tutela que se reduce a la protección de los derechos fundamentales ante la vulneración o amenazas derivadas de las acciones u omisiones de las entidades encargadas de prestar el servicio de salud. Aunado a lo anterior, el actor cuenta con medios judiciales ordinarios a los que puede acudir con miras a satisfacer su pretensión, situación que torna improcedente el amparo".

QUINTO.- NEGAR POR IMPROCEDENTE, el reembolso de los gastos médicos requeridos, conforme a lo referido en la parte considerativa

SEXTO.- DESVINCULAR a la SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD, COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, COOMEVA EPS, CLÍNICA DEL COUNTRY, ADMINISTRADORA COUNTRY S.A., CLÍNICA COLSANITAS, ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD -ADRES- y al INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS - INVIMA, conforme lo señalado en la parte motiva.

SÉPTIMO.- Comunicar esta determinación a la accionante y a las encartadas, por el medio más expedito y eficaz.-

OCTAVO.- Si la presente decisión no fuere impugnada, remítase el expediente a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión.-

Comuníquese y Cúmplase

**IRIS MILDRED GUTIÉRREZ
JUEZ**

Firmado Por:

**Iris Mildred Gutierrez
Juez Municipal
Juzgado Municipal
Civil 019
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: **1f53b11975e2ce637c840a2e655e32545f0f47826725ae54c8f3be54b4585c9d**

Documento generado en 14/02/2022 05:12:18 PM

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