

Pácora, Caldas 3 de marzo de 2020

Oliver
10 FV
9 MAR '20 AM 9:13

Señores

**JUZGADO SEGUNDO DE FAMILIA DEL CIRCUITO
MANIZALES CALDAS**

REFERENCIA: ACCION DE TUTELA DE 5 DE JUNIO DE 2012
ACCIONANTE: MARIA JUDITH AGUIRRE DE PAVAS
ACCIONADA: NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD
ASUNTO: INCIDENTE A DESACATO DE TUTELA

JAVIER PAVAS OTALVARO, Mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 4.474.059 expedida en Pácora Caldas, en representación de mi esposa MARIA JUDITH AGUIRRE DE PAVAS, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía, No.24835521 expedida en Pácora Caldas, domiciliada en el Municipio de Pacora Caldas, acudo ante su despacho para interponer INCIDENTE DE DESACATO DE TUTELA, basado en los siguientes aspectos.

HECHOS

PRIMERO: El día 5 de Junio de 2012, mi esposa MARIA JUDITH AGUIRRE DE PAVAS, interpuso Acción de Tutela ante su despacho, para la protección judicial de sus derechos constitucionales fundamentales, a la vida en condiciones dignas, salud y seguridad social, por parte de LA NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD, solicitando: ENTREGAR EL MEDICAMENTO TOXINA BUTULINICA BOTOX, NORECOMIENDA NUEVAS PRESERNTACIONES DEBIDO A LOS RIESGOS DE INMUNOGENICIDAD Y EFECTOS SECUNDARIOS, PARA EL PROBLEMA DE SINDROME DE MEIG, ORDENADOS LOS DIAS 9 DE ABRIL Y 23 DE NOVIEMBRE DE 2012, POR LOS DOCTORES JAVIER MAURICIO MEDINA SAICEDO DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFIA DE CALDAS MANIZALES.

SEGUNDO: En fallo de su despacho, de 26 de JUNIO DE 2012, dispuso:

PRIMERO: TUTELAR el derecho constitucional a la seguridad social en salud en conexidad con los fundamentales a la vida en condiciones dignas y a la integridad personal de la señora MARIA JUDITH AGUIRRE DE PAVAS, por estar siendo vulnerados por parte de la NUEVA EPS, en cabeza de su gerente en las ciudades de Manizales y Bogotá, por lo dicho en la parte motiva.

SEGUNDO: *ORDENAR a la NUEVA EPS EN CABEZA DE SU GERENTE EN LAS CIUDADES DE Manizales y Bogotá quienes han actuado en la presente acción a través de la doctora BELMAN LUCIA KRAFFT, Coordinadora Judicial de la Regional Sur Occidente, o quienes hagan sus veces, que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación que se les haga en este proveído, proceda si aún no lo hecho y por intermedio de los contratistas a AUTORIZAR Y ENTREGAR EL MEDICAMENTO TOXINA BOULINICA AMPOLLETA 1000 (BOTOX) a la señora MARIA JUDITH AGUIRRE DE PAVAS, en la forma, dosis, cantidad, presentación y por el tiempo que le fue y le sea prescrito por su médico tratante, garantizando además el TRATAMIENTO INTEGRAL SUBSIGUIENTE, que le sea ordenado como citas con médico general y especialistas, exámenes, procedimientos quirúrgicos y no quirúrgico, medicamentos y demás que requiera con ocasión de la enfermedad SÍNDROME DE MEIG, que padece, concediéndolo para ello a la NUEVA EPS recobro ante FOSYGA por lo que pague en cumplimiento de este fallo y que exceda de la prestaciones y beneficios del Plan obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, para lo cual el FOFYGA, cuenta para hacer efectivo dicho reembolso con un término de quince (15) días a partir del día en que el ente tutelado y/o la entidad contratista le allegue los soportes legales pertinentes.*

TERCERO: Prevenir a los funcionarios accionados para que a futuro se abstengan de infringir la Constitución Política, por los hechos que motivaron la presente acción, so pena de versen incurso en sanciones pertinentes, por desatender los ordenamientos de un juez Constitucional (artículo 52 del Decreto 2591 de 1991).

CUARTO: DESVINCULAR de la presente acción de tutela al GERENTE DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL SANTA SOFIA DE CALDAS, ESE, Y GERENTE DEL HOSPITAL DE PACORA CALDAS ESE, O QUIENES HAGAN SUS VECES POR LO MANIFESTADO EN LA PARTE CONSIDERATIVA.

QUINTO: ORDENAR por secretaria que se notifique a las partes y vinculados por el medio más expedito el contenido de esta providencia.

Sexto: remitir de no ser impugnada la presente providencia, para ante la honorable Tribunal Superior Sala Civil Familia de este Distrito Judicial a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión, dentro del término legal.

LA NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD, no ha cumplido totalmente con el fallo expedido por su despacho, porque se ha presentado mucho inconveniente para que le entreguen y le apliquen el medicamento puntualmente, como lo ordena el médico tratante, por lo general cada 5 meses. Le ha tocado instaurar varios incidentes para que autoricen, entreguen y apliquen el medicamento.

La NUEVA EPS AUTORIZA EL MEDICAMENTO, ORDENA LA ENTREGA EN UN HOSPITAL Y POR LO TANTO LO APLICAN, MUCHAS VECES NO APLICAN EL MEDICAMENTO PORQUE NO LO TIENEN, MOTIVO POR EL CUAL CASI SIEMPRE SE PRESENTA EL INCONVENIENTE.

Dentro del tratamiento el día 19 de febrero de 2020, Médico de Cirugía Plástica de la Clínica Avidanti de Manizales Caldas, ordena CIRUGIA BLEFAROPLASTIA FUNCIONAL BILATERAL, SOLICITA EXAMENES PREQUIRURGICOS. ASÍ MISMO MANIFIESTA QUE LA CIRUGIA ES DE ABSOLUTA NECESIDAD PARA LA PACIENTE, PUES ESTA ALTERANDOSE LA VISION.

De la misma clínica entregaron el Formato CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA. AL SOLICITAR LA FECHA A LA NUEVA EPS PARA LA CIRUGIA LO QUE MANIFIESTAN ES QUE EL PROCEDIMIENTO ESTA INACTIVO, QUE ESTA EXCLUIDA DEL PLAN DE BENEFICIOS.

Mi esposa necesita la realización de la cirugía con urgencia, por lo complicado de su padecimiento, en el momento no se puede desplazar sola, necesita de mi colaboración.

Por los anteriores hechos solicito al señor fallador, tramitar el Incidente de Desacato de Tutela y se me brinde la protección a los derechos que reclamo mediante la acción de tutela impetrada y se le ordene a LA NUEVA EPS, AUTORIZAR Y DAR LA FECHA PARA LA REALIZACION DE LA CIRUGIA BLEFAROPLASTIA FUNCIONAL BILATERAL, EXAMENES PREQUIRURGICOS. ASÍ MISMO MANIFIESTA QUE LA CIRUGIA ES DE ABSOLUTA NECESIDAD PARA LA PACIENTE, PUES ESTA ALTERANDOSE LA VISION, ORDENADA EL DIA 19 DE FEBRERO DE 2020, POR EL MÉDICO DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE LA CLÍNICA AVIDANTI DE MANIZALES CALDAS.

ANEXOS

- FOTOCOPIA DE DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION
- FOTOCOPIA DE ATENCION Y FORMULA MEDICA
- FOTOCOPIA DE FORMATO

NOTIFICACIONES

En la carrera 56-43 de Pácora Caldas, celular No. 3103271201.


JAVIER PAVAS OTALVARO
CC No. 4.474.059 de Pacora Caldas

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 4.4741059


PAVAS OTALVARO

APELLIDOS
JAVIER

NOMBRES

[Signature]

FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1944

PACORA
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

13-JUL-1968 PACORA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SÁNCHEZ TORRES



A-0907900-00144874-M-0004474059-20081231 0009226295A 1 9921743506



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-ABR-1945

PACORA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.45

ESTATURA

O-

G.S. RH

F

SEXO

14-JUL-1972 PACORA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SANCHEZ TORRES



A-0907900-00164362-F-0024835521-20090725

0013948205A 1

9921743986

AVIDANTI S.A.S

NIT: 800185449 - 9 Actividad Economica: 8610 Régimen: Común

Sede: Clínica Avidanti Manizales

Código Habilitación: 170010164601

**PACIENTE: MARIA JUDIHT AGUIRRE DE PAVAS (24835521)**

MARIA JUDIHT AGUIRRE DE PAVAS				ADMISIÓN No. 183941	
Identificación	CC 24835521	Sexo al nacer	Mujer	Fecha ingreso	19/02/2020 11:48:00 a.m.
Fecha nac.	9/04/1945(74 años)	Edad ingreso	74 años	Ubicación	CAM-Consulta Externa
Tel.	3103271201			Clase de ingreso	Consulta Externa
	3126305103			Origen	Consulta Externa
Dirección	CARRERA 5 NUMERO 6-43 CENTRO			Servicio	Cirugia Plastica y Estetica
Municipio	PÁCORÁ			Contrato	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
Tipo de zona	Zona Urbana			Plan	CONTRIBUTIVO- Beneficiario

CONSULTA MEDICINA ESPECIALIZADA UBICACIÓN: CAM-CONSULTA EXTERNA. FECHA EVENTO: 19/02/2020 1:09:00 p.m.

Finalidad: No aplica

Razón principal: Enfermedad general

Anamnesis

Motivo de consulta: REMITIDO POR NEUROLOGIA

Enfermedad actual: PACIENTE CON DISTONIA MUSCULAR. SINDROME DE MEIGE. MANEJO CON TOXINA BOTULINICA. DE 9 AÑOS DE EVOLUCION.

Antecedentes que No refiere: Hospitalarios, Patológicos, Farmacológicos, Alérgicos, Familiares, Hábitos, Otros

Examen Físico

Zona	Anotaciones	Normal	Anormal	Sin evaluar
Organos de los sentidos	PACIENTE CON BLEFAROTOSIS Y BLEFAROCALASIA MARCADA, SUBE EL PARPADO CON LA MANO.	-	X	-

Diagnóstico

Código	Diagnóstico	Tipo de diagnóstico	Principal
G249	DISTONIA, NO ESPECIFICADA-Es antecedente	Confirmado Repetido	
H024	BLEFAROPTOSIS-SEVERA FLACIDEZ PALPEBRAL QUE IMPIDE SU VISION	Confirmado Nuevo	X

Análisis médico

PACIENTE CON SINDROME DE MEIGE REMITIDA POR NEUROLOGIA POR FALIDEZ EXAGERADA DE SUS PARPADOS QUE LE IMPIDEN SU ADECUADA VISION. REQUIERE CIRUGIA BLEFAROPLASTIA FUNCIONAL BILATERAL. FUE PROGRAMADA Y NEGADA SU CIRUGIA, PERO ES SOLAMENTE FUNCIONAL.

Plan de tratamientoSE PROGRAMA CIRUGIA: BLEFAROPLASTIA SUPERIOR FUNCIONAL BILATERAL .
SE SOLICITAN EXAMENES PREQUIRURGICOS**Destino**

Domicilio

AVIDANTI S.A.S


NIT: 800185449 - 9 Actividad Economica: 8610 Régimen: Común
Sede: Clínica Avidanti Manizales
Código Habilitación: 170010164601



PACIENTE: MARIA JUDIHT AGUIRRE DE PAVAS (24835521)

Colombia

COLOMBIA QUINTERO DE PEREZ
CIRUGIA PLASTICA
M.R

 AVIDANTI <small>INSTITUCIÓN DE SALUD MANIZALES</small>	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA	Versión: 0	R-MEST-16
	PROCESO: ESTADÍSTICA Y ARCHIVO	Página 1 de 2	

INSTRUCCIONES

Este es un documento de Consentimiento Informado que ha sido preparado por LA CLINICA AVIDANTI MANIZALES, dentro de las normas éticas exigidas al Profesional Médico en Colombia por la Ley 23 de 1981 (Arts. 13 a 18), en el que se hace constar que se ha informado adecuada y oportunamente la necesidad de la hospitalización, el tipo de tratamiento y los riesgos que pueden derivarse de la decisión de internación, solicitando al paciente o a su(s) representante(s) el consentimiento anticipadamente.

DECLARACIÓN DE VOLUNTAD:

El paciente Angela Judith Aguirre con documento de identificación No 24835534 expedido en Facoya, en calidad de paciente del LA CLINICA AVIDANTI MANIZALES en ejercicio de mi derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad, en pleno y normal uso de mis facultades mentales y declarándome plenamente capaz de auto determinarme, declaro:

1. Que el doctor, G. Ochoa identificado con C.C. 8 N° 24941153 de Neiva con R.M. No. 344 Me ha explicado que es necesario realizar por mi situación, el procedimiento quirúrgico denominado Meioroplastia sup. bil. explicándome claramente lo que significa cada procedimiento, toda vez que mi condición médica así lo amerita, teniendo claro que puedo cambiar de opinión en cualquier momento.

2. Los riesgos / complicaciones de este procedimiento son: Flacidez, hematomas, infección, etc.

3. El consentimiento y autorización que antecede, ha sido otorgado previa la evaluación que de mi estado de salud ha hecho, mi médico tratante con el objeto de identificar mis condiciones clínicas; los términos de ésta han sido consignados en la historia clínica, cuyo texto, declaro que conozco suficientemente.

4. Declaro que he sido advertido por el LA CLINICA AVIDANTI MANIZALES en el sentido de que el procedimiento médico, compromete una actividad médica de medio y no de resultado. Este procedimiento no puede garantizar totalmente los resultados esperados, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados.

5. Declaro que LA CLINICA AVIDANTI MANIZALES queda autorizado para llevar a cabo, igualmente, conductas médicas distintas de las ya autorizadas anteriormente, si en el curso de mi procedimiento médico llegare a presentarse una situación inadvertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, los haga indicados, caso en el cual podrán realizarse en los términos antes previstos.

6. Estoy satisfecho con la información recibida del médico tratante quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento que aquí autorizo. En caso de una complicación en la evolución del procedimiento o en el manejo quirúrgico; posterior al egreso o al Alta, deberé acudir a Urgencias de la Institución.

La negativa para la práctica de alguno de los puntos anteriormente mencionados la dejaré expresa en nota por escrito personalmente, o a través de mi representante o tutor. Favor dejar constancia expresa por escrito en este formato.

DECLARACIONES Y FIRMAS DEL PACIENTE Y DEL PERSONAL MEDICO

Hemos informado al paciente de la naturaleza y el propósito del procedimiento y / o tratamiento arriba descrito, de sus alternativas, de sus posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Firma del Medico: [Firma]

RM: 344

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

Elaborado por: Gestión jurídica	Copia controlada	Aprobado por: Jefe de Planeación y Calidad
Revisado por: Gestión Jurídica		Fecha de Aprobación: 05-03-2012

Fecha de última revisión: 02-08-2016