



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

Bogotá D. C., 14 de mayo de 2020

REF.: Acción de Tutela N° 2020-00126 de ELBA LYDA ATEHORTUA RINCÓN contra la EPS COMPENSAR-PLAN COMPLEMENTARIO y la FUNDACIÓN CLÍNICA SHAI0

SENTENCIA

Corresponde a este Despacho resolver en primera instancia la Acción de Tutela promovida por **ELBA LYDA ATEHORTUA RINCÓN** en contra de **la EPS COMPENSAR-PLAN COMPLEMENTARIO** y la **FUNDACIÓN CLÍNICA SHAI0**, por la presunta vulneración de sus derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida e integridad personal.

ANTECEDENTES

1. Hechos de la Acción de Tutela

Relató la accionante que desde aproximadamente hace 8 años suscribió contrato con Compensar EPS-Plan Complementario para la prestación de los servicios de salud integral, el cual se encuentra vigente.

También manifestó que, en el momento de la suscripción del contrato, radicado el 21 de junio de 2012, no se incluyó en el mismo de manera clara y expresa ningún tipo de preexistencia, tampoco le fue practicado ningún examen encaminado a establecer dicha circunstancia.

Reveló que a pesar de haber tenido quebrantos de salud en 2014 y 2016 que hicieron activar el plan complementario, siempre fue atendida en la clínica Shaio y en la Fundación Santa fe sin ningún inconveniente y asumiendo los costos pertinentes en todo sentido.

Advirtió además que el 31 de enero del año que transcurre nuevamente tuvo una emergencia de salud por lo que acudió al médico domiciliario que luego de la valoración y algunas prácticas en la residencia, dispuso el traslado a centro hospitalario y se hizo a la clínica Shaio, donde en otras oportunidades había sido atendida, allí se le dio la correspondiente atención con la autorización de Compensar y por el plan complementario se le practicaron algunos exámenes quedando pendiente uno de ellos y por ser día sábado debía permanecer en hospitalización, para lo cual la entidad hospitalaria realizó los trámites correspondientes.

Aseveró que el día sábado 1° de febrero de 2020, de acuerdo con lo informado por el personal de turno, se recibió por parte de la EPS accionada la autorización para la hospitalización, pero pasada aproximadamente media hora se remitió otro correo que contravenía dicha autorización y que señalaba: *"Se comunica que la paciente ELBA LYDA ATEHORTUA RINCON CC 41770775 presenta preexistencia para el diagnóstico 10XHIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) visualizado EN VITALSYS-2012/07/28 HTA HACE 8 AÑOS por lo tanto se inicia proceso de remisión a la red PAC cobertura PBS, ya que la afiliación de la paciente al PAC es 20120701..."*



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

Afirmó que, en virtud de dicha orden, fue trasladada para la atención a la Clínica Los Cobos, con la información que dicha atención era por el Plan Obligatorio de Salud, ignorando sus derechos de plan complementario.

Atestiguó que con posterioridad a varias quejas presentadas por sus hijas ante la conducta desplegada por la EPS accionada y respondidas de manera negativa por esta, elevó un derecho de petición en febrero 5 de 2020 que fue respondido por mensaje el 7 de febrero con las mismas razones esgrimidas en las quejas anteriores.

Aseguró que la situación de la preexistencia no fue nunca notificada por la EPS y en cambio en agosto de 2012 se le envió una misiva en agosto de 2012 en que la que se indicaba que se confirmaba su vinculación.

Por último, expresó que la entidad accionada de manera arbitraria y deliberada no comunicó de esa situación, pues si existía preexistencia como ahora se señala, si se renovaba el contrato y se recibían los pagos de manera irresponsable para ahora de manera por demás perjudicial para sus intereses, se manifieste que tiene una preexistencia que no se incluyó en el contrato y tampoco se le notificó o comunicó, para que pudiera tomar la determinación de continuar o no con la vigencia del contrato.

2. Objeto de la Tutela

De acuerdo con lo anterior, solicita que, a través de la presente acción, se protejan los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida e integridad personal y, en consecuencia, que se ordene a **Compensar EPS-Plan Complementario** excluir de su contrato la preexistencia que ha mencionado como causa para revocar la autorización de hospitalización en la Clínica Shaio y proteger de manera integral su tratamiento sin ninguna limitación.

TRÁMITE DE INSTANCIA

La presente acción fue admitida por auto del 5 de mayo de 2020, por medio del cual se ordenó vincular a la **Fundación Clínica Shaio** y ordenó librar comunicación a la accionada y vinculada con el fin de ponerles en conocimiento el escrito de tutela y se les solicitó la información pertinente.

Contestaciones

CARLOS STEVEN PACHÓN BERNAL en calidad de apoderado judicial del programa de salud de la **Caja de Compensación Familiar Compensar** declaró que, de acuerdo a la información remitida por el proceso autorizador de servicios de su representada, la patología de la usuaria es preexistente, la cual fue diagnosticada en el año 2012 y anexa prueba de historia clínica y minuta del plan complementario.



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

A continuación, relató que se evidencia aceptación de condiciones contractuales por parte de la accionante, entre ellas, la cláusula relativa a preexistencias y exclusiones (las cuales pueden demostrarse durante vigencia del contrato).

En consecuencia, dijo que, al garantizarse la prestación de servicios para el tratamiento de dicha patología a través de la red de prestadores de COMPENSAR EPS mediante el Plan de Beneficios en Salud, no existe vulneración alguna de derechos fundamentales. No obstante, señaló que si la usuaria presenta controversia frente al contrato del plan complementario, la acción de tutela no es el mecanismo para dirimir las, pues el mismo se rige por el derecho privado y la autonomía de la voluntad de las partes contratantes y añadió que se están garantizando los derechos fundamentales de la usuaria y se programó valoración para continuar con el procedimiento requerido.

Asimismo, manifestó que la acción de tutela es abiertamente improcedente para dirimir controversias relativas al contrato de prestación de servicios del plan complementario especial suscrito entre COMPENSAR EPS y la accionante. Preciso que la no indicación expresa de la usuaria de sus patologías al momento de la suscripción del contrato no implica *per se* que las mismas queden incluidas dentro del plan complementario y que de llegase a comprobar una preexistencia a través de historia clínica posterior, sin que la usuaria lo haya manifestado expresamente, se debía dar curso a través del Plan de Beneficios en Salud, tal como ocurre en caso *sub judice*.

En relación con el tratamiento integral expresó que desde el proceso autorizador de servicios de su representada se informa que la accionante no cuenta con orden médica pendiente de ser tramitada, no obstante no existe vulneración de derechos fundamentales de la accionante, por lo que al acreditarse todas las citas, servicios y suministros en salud dispensados durante el último trimestre, se concluye cumplimiento de atención integral al paciente, sin que a la fecha exista servicio o suministro pendiente de autorizar o suministrar.

Como consecuencia de lo anterior, solicitó declarar la improcedencia de la acción de tutela y en consecuencia negar el amparo solicitado dado que no se acreditó conducta de parte de Compensar EPS que pueda considerarse como violatoria de los derechos fundamentales, máxime cuando no se cumple con el principio de subsidiariedad como requisito de procedibilidad de la acción de tutela y pidió abstenerse de ordenar tratamiento integral, como quiera que frente a ello no existe un hecho específico de negación de servicios por parte de la EPS que presuntamente este vulnerando o amenazando sus derechos fundamentales.

Por su parte la vinculada **Fundación Abood Shaio** a través de apoderada judicial, sostuvo que el último ingreso de la paciente fue al servicio de urgencias el 31 de enero de 2020 por motivo de consulta: *"ESTOY MUY NERVIOSA Y SE ME SUBIÓ LA TENSION"*, por lo que el médico solicitó la realización de exámenes especializados y ordenó la hospitalización de la paciente para vigilancia y control de su patología.

Así mismo informó que el 2 de febrero de 2020, la evolución médica estableció lo siguiente:



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

"PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA POR CARDIOLOGÍA CON DIAGNOSTICOS DE ANGINA HIPERTENSIVA, SE DESCARTÓ SINDROME CORONARIO AGUDO CON TROPONINAS NEGATIVAS. PACIENTE FUE VALORADO POR ESPECIALISTA QUIEN CONSIDERA DEJAR HOSPITALIZADA PARA ESTRATIFICACION NO INVASIVA Y ECO TT. SE ENCUENTRA EN ESPERA DE REVISION. SE AJUSTA MEDICACION ANTIHIPERTENSIVO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR (SGC)".

Por lo que el médico tratante emitió egreso hospitalario bajo recomendaciones generales, signos de alarma y fórmulas médicas de la siguiente manera:

*"DIAGNOSTICOS
I209 ANGINA DE PECHO, NO ESPECIFICADA
Tipo diagnóstico: Principal
Clase de diagnóstico: Confirmado Nuevo
Tratamiento: Agudo hospitalario"*

*"Plan de Manejo
PACIENTE DE 61 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICO DE ANGINA HIPERTENSIVA. EN ESPERA DE ESTRATIFICACION CORONARIA NO INVASIVA. SIN EMBARGO, POR TRAMITES ADMINISTRATIVOS PACIENTE ES REMITIDA PARA CLINICA LOS COBOS. DATOS AMBULANCIA EMPRESA SERBIOMED MOVIL 23 SDS 5643 DP JAIME RAMOS. SE CIERRA HISTORIA CLÍNICA (SIC)"*

Por último, solicitó que se desvincule a la Fundación Abood Shaio de la presente acción de tutela por cuanto no ha vulnerado ni amenazado los derechos fundamentales de la señora Elba Lyda Atehortua Rincón.

CONSIDERACIONES

La acción de tutela se encuentra consagrada en el artículo 86 de la constitución política de Colombia, norma que la establece como un mecanismo jurídico sumario y que permite brindar a cualquier persona, sin mayores requisitos de orden formal, la protección específica e inmediata de los derechos constitucionales fundamentales cuando le son vulnerados o están en amenaza debido a la acción o la omisión de una autoridad pública o de un particular.

Sin embargo, para que prospere la acción constitucional se debe demostrar la vulneración de los preceptos fundamentales que se consideran conculcados y en algunos casos, también la causación de un perjuicio irremediable, para que el juez de tutela concrete su garantía, pues únicamente cuando sea indubitable su amenaza o vulneración resulta viable por esta vía ordenar el reconocimiento de una situación que puede llegar a ser dirimida por otro medio de defensa judicial (C. C. T-471 de 2017).

Derecho fundamental a la salud

Dispone el artículo 49 constitucional que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, y que estos deben ser garantizados a todas las personas, desde las ópticas de promoción, protección y recuperación del estado de salud.



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

Esta disposición constitucional reafirma que a todas las personas se les debe otorgar la garantía de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de ese estado de salud, determinando, de manera irrefutable, que el derecho a la salud adquiere el rango de fundamental, porque cuanto se refiere a que todas las personas tienen el derecho a la atención en salud, definiendo así el sujeto, sin hacer exclusión de ninguna índole, para abarcar, por consiguiente, la universalidad de los sujetos destinatarios del mismo.

En aplicación directa de la Constitución, la jurisprudencia constitucional siempre ha tratado de considerar que el derecho a la salud es fundamental porque protege múltiples ámbitos de la vida humana, y a la vez un derecho complejo, 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 (Sentencia T-760 de 2008 y T-062 de 2017).

Con la expedición de la Ley 1751 de 2015, el derecho a la salud es reconocido finalmente como derecho fundamental, para regularlo como aquella garantía consistente en la adopción de medidas y prestación de servicios, en procura del más alto nivel de calidad e integridad posible, sobre todo, de personas en estado de debilidad manifiesta, puesto que, sumado a la prestación de un servicio de calidad y tratamiento eficiente e integral, esas personas merecen especial protección por parte del Estado.

Precisamente con esta legislación, se estableció que la atención en materia de salud, debe ser prestada de manera integral, es decir, que *«los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador»*, por las entidades encargadas por el Estado, con observancia de sus elementos esenciales e interrelacionados, tales como la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad, la calidad e idoneidad profesional y principios básicos como los de universalidad, *pro homine*, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de los derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia e interculturalidad y protección especial a minorías étnicas.

En este entendido, la salud es un derecho fundamental y es también un servicio público, doble connotación que ha sido analizada por la Corte Constitucional, que permite una amplia protección al derecho fundamental de los ciudadanos colombianos y que, por consiguiente, fortalece la necesidad de demandar por parte de las administradoras y prestadoras de salud el cumplimiento de su deber en aras de no vulnerar las prerrogativas fundamentales de sus afiliados (Sentencia T-673 de 2017). Es por ello, que en el caso tal que las empresas prestadoras de salud no presten su servicio de manera idónea, o los postulados de un estado social de derecho y el coasociado se vea en la imperiosa necesidad de recurrir al aparato jurisdiccional, es claro que el juez de tutela debe ser el encargado de estudiar el caso en concreto para determinar si es necesario adoptar las medidas que considere pertinentes para lograr adecuar la respectiva irregularidad.

Procedencia Excepcional de la Acción de Tutela en Medicina Prepagada



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

Sea lo primero manifestar que los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden contratar planes adicionales de salud, como el de medicina prepagada, en virtud de lo dispuesto en numeral 169.2 del artículo 37 de la Ley 1438 de 2011.

Puntualmente, respecto de la procedibilidad de la tutela para debatir controversias derivadas de contratos de medicina prepagada¹, este Tribunal ha considerado que como quiera que su finalidad es ofrecer al afiliado *“un plan adicional de atención en salud, el cual, si bien hace parte del sistema integrado de seguridad social en salud, es opcional y se rige por un esquema de contratación particular”*², todo litigio que surja en torno a dicha temática deberá ser adelantado de conformidad con las normas civiles y comerciales vigentes.

No obstante, la jurisprudencia constitucional ha determinado que las controversias suscitadas en relación con este Plan Adicional en Salud pueden ser reclamadas excepcionalmente por conducto de la acción de tutela cuando se cumplan las siguientes condiciones:

*“(i) Se trata de personas jurídicas privadas que participan en la prestación del servicio público de salud; (ii) los usuarios de las empresas que prestan los servicios adicionales de salud se encuentran en estado de indefensión frente a éstas, toda vez que dichas empresas tienen bajo su control el manejo de todos los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales ofrecidos ‘hasta el punto que, en la práctica, son ellas las que deciden de manera concreta si cubren o no el respectivo gasto en cada momento de la ejecución del contrato’ y, adicionalmente, tratándose de planes de medicina prepagada e incluso de pólizas de salud, los contratos son considerados de adhesión, lo que significa que las cláusulas son redactadas por las empresas y poco son discutidas con el usuario-contratante, situación que lo convierte en la parte débil de la relación comercial; y, (iii) la vía ordinaria no es idónea ni eficaz para la resolución de un conflicto que involucra la violación o amenaza de derechos fundamentales como la vida y la dignidad de las personas, máxime cuando se acredita la existencia de un perjuicio irremediable, ya que la decisión resultaría tardía frente a la impostergable prestación del servicio de salud”*³.

Por ello, en numerosas decisiones esa Corporación ha precisado que el amparo es procedente excepcionalmente como consecuencia del desbordamiento de la autonomía, libertad o igualdad contractuales y en perjuicio del usuario de salud, o en el evento que se violen o amenacen sus derechos fundamentales⁴. Ello atendiendo que *“las actuaciones destinadas a garantizar una prestación eficiente del servicio de medicina prepagada deben adecuarse a los parámetros constitucionales que consagran la garantía de la prestación del servicio público de salud y la protección de los derechos a la vida, la salud, integridad personal y dignidad humana de los individuos”*⁵.

En consecuencia, no obstante la jurisdicción civil o comercial es la competente para conocer de los conflictos suscitados en el marco de las cláusulas pactadas, ante la ineficacia de los medios ordinarios de defensa puede proceder la tutela excepcionalmente *“cuando la celebración o ejecución de estos contratos involucra la efectividad y eficacia de derechos*

¹ Sentencias T-412A de 2014 y T-802 de 2013, entre otras.

² Sentencia T-412A de 2014.

³ Sentencias T-412A de 2014 y T-158 de 2010.

⁴ Sentencias T-765 de 2008, T-196 de 2007 y T-660 de 2006.

⁵ Sentencia SU-039 de 1998.



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

fundamentales⁶, debido a que "(e)n efecto, se tiene que las acciones ordinarias, además de ser inútiles y tardías frente a la necesidad apremiante de los afectados de recibir atención médica, se dirigen prioritariamente a la recuperación económica del servicio, por lo que las personas que requieren de un servicio concreto de salud, no cuentan con otro mecanismo diferente a la acción de tutela para lograr el amparo de pretensiones de esta índole⁷.

En suma, la solicitud de amparo constitucional se torna, en general, improcedente para solucionar las controversias que se originan en los contratos de planes adicionales, voluntarios o complementarios de atención en salud, debido a que sus normas especiales tienen mecanismos propios y acciones de resolución. No obstante, atendiendo que los mismos tienen como objeto la prestación de servicios de salud y que pueden ser trasgredidos los derechos fundamentales de los usuarios, la acción de amparo procederá excepcionalmente bajo las condiciones establecidas en la jurisprudencia constitucional, así como en atención a la calidad del sujeto de especial protección constitucional que reclama la protección de sus derechos fundamentales.

Preexistencias

Dentro de los planes adicionales de salud el legislador contempló el contrato de planes complementarios como especie de los de medicina prepagada calificado por la Corte Constitucional, como una modalidad de aquel (sentencia T-533/96), de manera que las reflexiones que se han expuesto en distintos fallos, resultan aplicables a las dos clases de planes, tengan o no diferencias específicas.

Así las cosas, se ha sostenido que: *"el Plan Complementario en Salud constituye una modalidad alternativa de atención en salud, que se hace efectivo a través de la suscripción voluntaria de un contrato particular entre el usuario y la entidad prestadora del servicio, en el que el primero se obliga a la cancelación de un monto periódico o precio y, el segundo, en contraprestación, a la atención médica incluida en un plan de salud preestablecido y consignado en el contrato"*⁸

Es así como el marco legal de los contratos de medicina prepagada lo desarrolla el Decreto 1222 de 1994 que en su artículo 1° frente a las preexistencias señala:

"se considera preexistencia, toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrán ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se pueda clasificar una preexistencia".

En la sentencia SU-039 de 1998 la Sala Plena de la Corte sostuvo que las partes que celebran un contrato que contiene un plan adicional de salud: *"deben gozar de plena certidumbre acerca del alcance de la protección derivada del contrato y, por tanto de los servicios médico*

⁶ Sentencias T-591 de 2009, T-140 de 2009 y T-636 de 2008.

⁷ Sentencias T-795 de 2008 y T-533 de 1996.

⁸ Sentencia T-549 de 2003



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

asistenciales y quirúrgicos a los que se obliga la entidad de medicina prepagada y que, en consecuencia, pueden ser demandados y exigidos por los usuarios", y para alcanzar ese fin: "desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia, en su mismo texto o en anexos incorporados a él, sobre las enfermedades, padecimientos, dolencias o quebrantos de salud que ya sufren los beneficiarios del servicio y que, por ser preexistentes, no se encuentran amparados".

Es así como las instituciones que ofrecen planes adicionales de salud deben practicar los exámenes médicos tendientes a determinar la condición física real del futuro afiliado, asegurando el derecho para el tomador de oponerse a los resultados a los que se llegue en la práctica del examen, cuando existan razones para ello, y de pedir que se practique uno nuevo, o se modifique el dictamen inicial, de acuerdo con el concepto de los médicos que intervengan en la revisión cuidadosa de la historia clínica. **Una vez se establezca el estado de salud, en el contrato deberán quedar consignados de forma expresa, taxativa, y sin generalizar, los padecimientos o afecciones excluidos, y aquellos que no se enlisten, quedaran amparados por el contrato.**

Y es así por cuanto el establecimiento de la condición de salud de los posibles afiliados y sus beneficiarios, corresponde a la entidad de medicina prepagada dado que: *"ejerce una actividad que se presume conoce y que es, de suyo, riesgosa" y "goza de personal científico a su servicio y de elementos técnicos orientados justamente a establecer con mayor certidumbre la situación clínica de quienes se acogen a su protección"*. Lo anterior, aunado a que dichas entidades sostienen múltiples relaciones contractuales y reciben por largo tiempo las cuotas que pagan los usuarios, y en muchos casos no llegan a asumir efectivamente las consecuencias económicas de hipótesis calculadas y realizadas. Mientras que, por regla general, los afiliados ignoran los aspectos científicos, técnicos y económicos que inciden en la relación contractual; carece del apoyo científico y logístico que sí tiene la empresa, y busca protección para su salud, en una situación de indefensión ante ella.

En definitiva, se concluye que las entidades de medicina prepagada, tienen el deber de someter a sus posibles afiliados y sus beneficiarios a exámenes médicos para determinar su estado de salud inicial, y con fundamento en el resultado establecer si existen preexistencias que deban ser excluidas de la cobertura. Si el usuario no está de acuerdo con lo que se señale en el dictamen, podrá objetarlo, para que la entidad practique uno nuevo, o modifique o rectifique el anterior. En todo caso el proceso se debe llevar a cabo permitiendo la participación del afiliado en todo momento. De la misma forma, las instituciones no pueden modificar las condiciones de la cobertura con base en que la enfermedad que es diagnosticada al usuario es preexistente, si aquella no quedó enlistada en la cláusula de exclusiones⁹.

Caso concreto

En el presente asunto, el problema jurídico se contrae a elucidar si existe vulneración de los derechos fundamentales que alega la accionante por la decisión unilateral de la EPS

⁹ Sentencia T 775 2015



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

Compensar de considerar la patología denominada "*Hipertensión esencial primaria*" como preexistente y por lo tanto excluida del plan complementario contratado.

En tal sentido, surgen como piedra angular para desatar el problema jurídico que se plantea, dos documentos allegados por la entidad accionada:

- El primero de ellos, "*Contrato Plan Voluntario de Salud*" y que data de 22 de junio de 2012 en el cual se evidencia a la señora Atehortua Rincón como contratante en la modalidad de colectivo por existir otras personas inscritas al plan.
- El segundo "*Historia Clínica*" con fecha de atención 31 de julio de 2012 en donde se lee: "*MOTIVO CONSULTA. Cambio de EPS de sanitas Antecedente de hipertensión arterial*" y más abajo: "*Diagnósticos I10X HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)*"

A su turno, la accionante allega entre otros:

- Contrato de prestación de servicios en 7 folios expedido por Compensar EPS y suscrito por la primera, con sello de fecha 21 de junio de 2012.
- Carta de agosto de 2012 enviada por la accionada dando la bienvenida a la señora Atehortua Rincón al Plan Complementario Especial.
- Documento denominado "*SHAO AUTORIZACIÓN ESTANCIA ELBA LYDA ATEHORTUA RINCÓN*" en donde se lee: "*Se comunica que la paciente (...) presenta preexistencia para el diagnóstico I10X HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA) visualizado en VITALSYS – 2012/07/28 HTA HACE 8 AÑOS por lo tanto se inicia proceso de remisión (...), ya que la fecha de afiliación de la paciente al PAC es 20120701*".
- Epicrisis emitida por Los Cobos Medical Center en donde se observa como fecha de ingreso el 1° de febrero de 2020 a las 12:08 pm y alta médica del 2 de febrero de 2020 a las 2:07 pm.

Del anterior resumen documental podemos extraer como conclusiones axiomáticas que, en primer lugar, la EPS conocía la enfermedad que ahora se alega como preexistente desde el 31 de julio de 2012, es decir, un mes después de quedar en firme la afiliación al PAC por parte de la accionante que lo fue el 1° de julio del mismo año; en segundo lugar, durante algo más de 7 años, no se le informó a la petente que la supuesta enfermedad preexistente estaría excluida de la cobertura dada en virtud del contrato de prestación de servicios de salud complementarios.

Y, es que no desconoce el Despacho que la enfermedad que es motivo de la presente acción pudiera haber estado presente al momento de la suscripción del contrato del plan complementario, lo que es objeto de reproche, es que una vez realizado el chequeo médico por motivo de trasado de EPS del día 31 de julio de 2012 no se le hubiera notificado a la accionante que en su historia médica existía una preexistencia que afectaría la cobertura de su contrato y que ello conllevaría exclusiones de su servicio, siendo censurable que después de 8 años dentro de los cuales se les había tratado ese diagnóstico, la paciente fuera sorprendida con la interrupción de su tratamiento.



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

Luego, según las reglas jurisprudenciales que rigen el tema que aquí se trata, el examen del estado de salud de la posible afiliada y la declaratoria de enfermedades preexistentes debía realizarse con anterioridad a la aceptación en el Plan Complementario por parte de la EPS y además esa empresa estaba en la obligación de constituir taxativa e inequívocamente que dicha patología se encontraba excluida de la cobertura.

No cumpliendo dichos requisitos, forzoso es concluir que la entidad accionada trasgredió los derechos fundamentales de la peticionaria, pues contrario a lo expuesto por esta, que la afiliada hubiera sido atendida en el marco del plan de beneficios en salud en relación con la multicitada patología, no es óbice para modificar unilateralmente las condiciones contractuales pues estaríamos en presencia de una violación al principio de confianza legítima propia de cualquier negocio jurídico y que cobra mayor importancia en tratándose de servicios de salud.

Corolario de lo anteladamente analizado, se ordenará a Compensar EPS incluir dentro de la cobertura surgida del contrato de prestación de servicios en salud complementarios (PAC- Plan Complementario), la patología denominada *"HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)"* junto con las consecuencias inherentes a dicha enfermedad.

Finalmente, frente a la solicitud de ordenar tratamiento integral, el Despacho considera que no hay lugar a ordenarlo por medio de esta acción de tutela, toda vez que, si bien hay una culpabilidad en el actuar de la accionada, lo cierto es que el servicio de salud ha sido prestado en la medida en que la accionante ha sido atendida en la red perteneciente a la accionada, propia o por convenio, pues le ha practicado los exámenes, tratamiento e intervenciones ordenadas por sus médicos tratantes, y de acuerdo a lo ha expuesto la Corte Constitucional que sobre aspecto señaló: *"el concepto de integralidad "no implica que la atención médica opere de manera absoluta e ilimitada, sino que la misma se encuentra condicionada a lo que establezca el diagnóstico médico."* (Corte Constitucional, sentencia T-092 de 2018).

Finalmente, se desvinculará de esta acción a la Fundación Abood Shaio por no existir una vulneración por parte de esa entidad.

Es preciso aclarar que debido a las decisiones adoptadas por el Gobierno Nacional frente a la prevención del contagio del Covid 19 y por el Consejo Superior de la Judicatura en el Acuerdo PCSJA20-11519 16 de marzo de 2020 y en el parágrafo del artículo 2° del Acuerdo PCSJA20-11546 del 25 de abril de 2020 en caso de que no se impugne la presente providencia, su remisión a la Corte Constitucional se hará una vez se levante la suspensión de términos relacionada con la revisión eventual.

DECISIÓN:

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO TERCERO MUNICIPAL DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia, por autoridad de la Ley y mandato de la Constitución,



Rama Judicial
Juzgado Tercero Municipal de Pequeñas Causas Laborales
Republica de Colombia

RESUELVE:

PRIMERO: AMPARAR los derechos fundamentales a la salud en conexidad con la vida e integridad personal de la señora **Elba Lyda Atehortua Rincón** identificada con la c. c. 41'770.775 dentro de la presente acción adelantada en contra de **Compensar EPS**, de acuerdo con lo aquí considerado.

SEGUNDO: ORDENAR a **Compensar EPS** representada legalmente por **Néstor Ricardo Rodríguez Ardila** o quien haga sus veces, incluir dentro de la cobertura surgida del contrato de prestación de servicios en salud complementarios (PAC-Plan Complementario), la patología denominada "**HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)**" junto con las consecuencias inherentes a dicha enfermedad.

TERCERO: DESVINCULAR de la presente acción a la **Fundación Abood Shaio** por lo considerado en la parte motiva de esta providencia.

CUARTO: NOTIFICAR a las partes por el medio más expedito y eficaz.

QUINTO: PUBLICAR esta providencia en la página de la Rama Judicial e informar a las partes sobre la forma de consultar la misma.

SEXTO: REMITIR el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión, en caso de no ser impugnada por la parte interesada dentro de los 3 días hábiles siguientes a su notificación y de acuerdo con lo dispuesto en la parte motiva de la decisión.

Notifíquese y Cúmplase,

La Juez,

LORENA ALEXANDRA BAYONA CORREDOR