

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



JUZGADO TERCERO CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Bogotá, D.C., Veintisiete (27) de junio de dos mil veintitrés (2023)

ACCIÓN DE TUTELA SEGUNDA INSTANCIA RAD. 110014003065**20230070401**

Se decide la impugnación interpuesta por la accionada **Colsanitas S.A. Medicina Prepagada**, contra el fallo proferido el 16 de mayo de 2023 por el **Juzgado Sesenta y Cinco (65) Civil Municipal de Bogotá**, Transformado Transitoriamente en **Cuarenta y Siete (47) de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de esta Ciudad**.

1. ANTECEDENTES

La señora **Paola Andrea Polanía Correa**, instauró acción de tutela en nombre propio contra la Compañía de Medicina Prepagada **Colsanitas S.A.**, para que mediante sentencia favorable, el Juez Constitucional, le ordenara a la accionada a la realización de los procedimientos quirúrgicos: “681201 - *HISTEROSCOPIA Cantidad: 1 EN CENTRO DE ESPECIALISTAS 125*”, “690103 - *LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO*” y “883440 - *RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS - Con contraste*”, “903895 - *CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS*” y “903828 - *DESHIDROGENASA LACTICA*”, consecuencia de la patología de “*MIOMATOSIS UTERINA, MIOMA DE GRAN TAMAÑO, CALCIFICADO Y MIOMA CON CONTACTO ENDOMETRIAL*”. (Sic)¹, que le fue diagnosticada por la médica tratante adscrita a esta entidad, desde 14 de marzo de 2023, cuyos procedimientos le fueron negados por parte de la accionada por advertirse una preexistencia en su historia clínica, el cual no estaba amparada dentro del contrato de servicios de medicina prepagada 10- 10-8060927-1-1.

En el trámite de primera instancia, el *A quo* concedió el amparo deprecado, luego

¹ F. 7 del Archivo 06 del cuaderno de primera instancia.

de analizar la documental anexada en los informes rendidos por la entidad accionada y las vinculadas. En su estudio consideró que, consecuencia de la patología que padece la accionante, y la necesidad del tratamiento suscrito por el galeno vinculado a esa entidad, la accionada estaba en la obligación de autorizar y realizar el procedimiento que necesitaba la activante en la forma ordenada por el médico tratante, ya que la misma venía atendiendo a la paciente y prestando los servicios médicos asistenciales derivados de su patología, estimando que se debe aplicar el principio de continuidad del servicio a la salud que predicó la Corte Constitucional en su jurisprudencia, declarando que la accionante tiene derecho a que se le practique la intervención quirúrgica ordenada con cargo al plan de atención adicional de salud, porque suspender tal tratamiento significa poner en riesgo la vida e integridad física de la paciente. Aclaró que, pese a que la accionante tiene autorizada ante **EPS Sanitas** la consulta para la especialidad de ginecología y obstétrica, en una de las IPS contratada por aquella y con cargo al PBS, no está acreditado que esta haya hecho la valorización y ofertado el tratamiento, conllevando a que tuviese que reiniciar el tratamiento, por lo que no podía imponerse a la usuaria una carga para decidir entre cuál de las dos coberturas debía acudir, sin que la entidad de servicio prepagado pueda desplazar la responsabilidad a la EPS; señalando que la mora presentada vulnera los derechos fundamentales expuestos por la actora, máxime cuando ésta ya venía siendo tratada por los médicos especialistas de la entidad accionada. Manifestó que tampoco resultaba justo que **Colsanitas S.A.**, limitara su responsabilidad de continuar la prestación del servicio alegando que tal preexistencia se encuentra excluida del contrato, cuando esta no realizó un examen médico integral previo a la celebración del mismo con el fin de determinar e informar a la usuaria, con exactitud, las enfermedades congénitas y preexistencias que no serían atendidas dentro de la cobertura del plan adicional de salud. Por último, negó la solicitud de concesión del tratamiento integral pedido por la accionante, toda vez que la accionada no tiene funciones de EPS, sino que el servicio contratado es complementario y se ciñe a las condiciones del clausulado celebrado, por lo que los tratamientos y demás servicios médicos que eventualmente llegue a requerir la paciente se tornan a situaciones futuras o hechos que están a la espera que posiblemente sucedan, y por tanto no puede a través de la acción de tutela protegerse derechos futuros e inciertos.

Inconforme con la decisión, **Colsanitas S.A. Medicina Prepagada**, presentó escrito en término, el cual encabezó en primer lugar como solicitud de nulidad, no obstante, de la lectura a su contenido se comprobó que se argumentó con fines de impugnación, descartándose cualquier trámite previo de una posible nulidad, una

vez certificado que se realizaron las respectivas notificaciones en el trámite tutelar de primer grado. Ahora, la accionada fundamentó su alzada manifestando que la accionante sostiene un vínculo contractual con la entidad, cuyo estado se encuentra activo desde el 01 de marzo de 2020, registrada como afiliada a la **EPS Sanitas S.A.S.**, manifestó de cara a la patología de la señora **Polanía Correa**, que la accionada no es una Entidad Promotora de Salud sino una compañía de medicina prepagada que presta los servicios de salud pactados a través de un contrato de derecho privado, donde se acuerdan exclusiones y limitaciones contractuales de servicio. Indicó que la Negación No. 223296796, de fecha 26 de abril de 2023, para la solicitud de servicio para procedimiento quirúrgico: *“HISTEROCOPIA + LEGRADO UTERINO GINECOLOGICO.”* (Sic), fue la preexistencia del diagnóstico *“LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION”*, el cual estaba limitada la cobertura, constituyéndose como una patología preexistente y las patologías que se deriven de este conforme el contrato firmado, aportando la nota médica que aparece en la historia clínica de la accionante que data del 14 de octubre de 2014; señala que la entidad no realiza cobertura de enfermedades preexistentes al momento de la afiliación, usando como soporte la historia clínica, y con base en las cláusulas 1° y 4° del contrato se deja claro que las exclusiones por *“enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no por el usuario, así como aquellas que puedan derivarse a éstas, sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas.”* (Sic), hizo énfasis en la figura de la cobertura delimitada y que en virtud a la cláusula 10! del contrato, la EPS a la que está afiliada la usuaria generó la autorización de consulta por especialidad de ginecología, según volante número 223518179, generado el 26/04/2023, direccionada para IPS Centro Médico Teusaquillo EPS Sanitas. Sustentó en su defensa la improcedencia de la acción por inexistencia de violación a los derechos fundamentales e insistió que dicha obligación recae sobre la EPS, por lo que la entidad no ha negado ningún servicio en virtud a la limitación de cobertura contractual, solicitando revocarse la decisión de primer grado y negar las pretensiones de la demanda constitucional, conminando a la accionante para que acceda a las prestaciones asistenciales contempladas en el Plan de Beneficios en Salud a través de su Entidad Promotora de Salud.

2. CONSIDERACIONES

A voces del artículo 32 del Decreto 2591 de 1991, radica en este Despacho la competencia para resolver la impugnación alegada, por ser el superior funcional de la autoridad que adoptó la decisión de primera instancia.

El problema jurídico a revisar, se contrae a determinar si se vulneraron derechos fundamentales la señora **Paola Andrea Polanía Correa**, en la negativa de **Colsanitas S.A. Medicina Prepagada**, en practicarle el procedimiento ordenado por el médico tratante, denominado “*HISTEROSCOPIA + LEGRADO UTERINO GINECOLÓGICO y RESONANCIA MAGNETICA DE PELVIS - CON CONTRASTE, así como de los exámenes de CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS Y DESHIDROGENASA LACTICA*” consecuencia de su patología “*MIOMATOSIS UTERINA, MIOMA DE GRAN TAMAÑO, CALCIFICADO Y MIOMA CON CONTACTO ENDOMETRIAL*”.²

Adujo la entidad demandada en su escrito impugnatorio, que no le corresponde asumir el servicio médico en mención, dado que la patología reseñada estaba incluida como enfermedad preexistente y congénita y, por lo tanto, escapa de su órbita contractual.

Estando así las cosas, en consideración al contrato de medicina prepagada y sus limitantes, la sentencia T-184 del año 2014, ha establecido que, “*entiende por “preexistencia” la enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar, existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se diagnostique durante la ejecución del mismo sobre bases científicas sólidas. En esa medida, las “exclusiones” deberán quedar expresamente previstas en el contrato, porque las enfermedades, procedimientos y exámenes diagnósticos específicos que no se indiquen, no son oponibles al usuario si no estuvieron expresamente consignadas.*”³

Desde antaño, a partir de la sentencia T- 471 del 2000, viene una línea sostenida que enseña que tales excepciones de cobertura no pueden estar señaladas en forma genérica, pues la compañía tiene la obligación de determinar, por medio de los exámenes previos a la suscripción del contrato, “*cuáles enfermedades congénitas y cuáles preexistencias no serán atendidas en relación con cada usuario*”; En consecuencia, “*si la compañía omitió su obligación de realizar el examen médico previo o si, a pesar de hacerlo, éste fue insuficiente para detectar las posibles enfermedades del usuario, no puede negarse a prestar*

² Pruebas, archivos 4 y 5 del cuaderno de primera instancia.

³ Corte Constitucional; Mp. Nilson Pinilla Pinilla.

*determinados servicios médicos requeridos por el paciente bajo el argumento de que se trata de una preexistencia o enfermedad congénita”.*⁴

A su vez, en la sentencia T- 775 de 2015 la Corte indicó que, “a partir de la jurisprudencia constitucional, 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 exclusiones.**” (Resaltado por el Despacho.

En el *sub judice*, desde ya anticipa este Juzgado que la decisión recurrida habrá de confirmarse, al considerarse acertada la tutela del derecho a la salud de la tutelante. Soporta lo dicho, del análisis a los documentos aportados por el extremo accionado, en los cuales, si bien se anexó un aparte de la historia clínica que advierte la preexistencia médica de “*LEIOMIOMA DEL UTERO, SIN OTRA ESPECIFICACION*”⁵, no existe evidencia que la entidad que presta el servicio complementario de salud haya realizado este examen con el fin de identificar esas patologías y que ahora manifiesta estar restringida por el clausulado del contrato, no obstante, advierte el Despacho que el mismo no fue aportado al plenario; por lo que su contenido es citado por la accionada, vislumbrándose un texto abierto y genérico que impide concretar cuáles eran las patologías que, desde su génesis, se excluían en el plan de salud, prueba documental que entre otras cosas, se limita a consignar la frase “*Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato.*”⁶, como enfermedad preexistente, sin especificar a cuáles se refería, y mucho menos incluir la que ahora (3 años después) fue detectada, más aún si la conoció en su momento y nada incorporó dentro del clausulado.

⁴ Corte Constitucional. Sentencia T-533 de 15 de octubre de 1996.

⁵ Fl. 4 del archivo 18.

⁶ Fl. 8 del archivo 18.

Luego, si la compañía demandada omitió su deber de realizar, antes de la celebración del contrato, el examen médico riguroso o si, habiéndolo hecho, éste fue insuficiente para detectar las posibles enfermedades de la usuaria, no puede negarse a prestar determinados servicios médicos requeridos por la paciente bajo el argumento de que se trata de una preexistencia o enfermedad congénita. Por esta razón, se ratifica lo determinado por el juez constitucional *A quo*.

Así las cosas y sin más elucubraciones al respecto, esta Juez Constitucional habrá de confirmar la decisión de primer grado al comprobar que resultan insuficientes los fundamentos esbozados por la accionada **Colsanitas S.A. Medicina Prepagada**, en su escrito de impugnación, toda vez que en el Estado Social de Derecho se está protegiendo el derecho a la salud y vida la usuaria afiliada.

3. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **Juzgado Tercero (3º) Civil del Circuito de Bogotá**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

3.1. CONFIRMAR el fallo proferido el 16 de mayo de 2023 por el **Juzgado Sesenta y Cinco (65) Civil Municipal de Bogotá**, Transformado Transitoriamente en **Cuarenta y Siete (47) de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de esta Ciudad**, por las razones señaladas en esta providencia.

3.2. COMUNICAR lo resuelto, tanto al Juez *A quo* como a las partes, por el medio más expedito y eficaz.

3.3. REMITIR las presentes diligencias a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



LILIANA CORREDOR MARTÍNEZ

JUEZ