

**REF. ACCION DE TUTELA
RAD. 2022-0027**

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**JUZGADO CATORCE PENAL MUNICIPAL CON FUNCIÓN DE CONTROL DE
GARANTÍAS DE BUCARAMANGA**

Bucaramanga, veintinueve (29) de marzo de dos mil veintidos(2022).

Decide el despacho, en primera instancia, la acción de tutela instaurada por ESTHER SANABRIA PORRAS en contra MEDISANTIAS S.A MEDICINA PREPAGADA, habiéndose vinculado a la ADRES, SANITAS EPS Y COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA.

ANTECEDENTES

La demanda de tutela se fundamenta en los siguientes hechos:

1. ESTHER SANABRIA PORRAS el 10 de abril de 2007 adquirió cobertura de servicio integral de salud mediante contrato familiar de servicios de medicina prepagada, así como se les oferto en el mismo tiempo en compañía de su cónyuge ABEL GUTIERRES ALBARRACIN servicio integral en salud “plan integral”.
2. Alude que les ofrecieron trasladarse con MEDISANTIAS S.A MEDICINA PREPAGADA, recibidos como usuarios de COLSANITAS, asumiendo que dicho traslado fue realizado con las mismas condiciones pactadas con COLSANITAS, advirtiéndole que suministró información sobre su estado de salud, enfermedades, patologías, tratamientos, de manera completa, en aras de aplicar los antecedentes para que de ser necesario se ajusten valores de la póliza.
3. Menciona que en el año 2016 el medico Helio David Rueda adscrito a EPS COLSANITAS le realizo una intervención quirúrgica en su rodilla derecha sin impedimento contractual alguno. No obstante, en el año 2021 inicio con similares dolencias de las cuales para el año 2016 la llevaron a un procedimiento quirúrgico, por lo cual acudió a MEDISANTIAS S.A MEDICINA PREPAGADA entidad que le presta el servicio a la fecha, según contrato suscrito el día 3 de abril de 2020 con vigencia desde el 1 abril de 2020 hasta el 31 de marzo de 2021, prorrogado automáticamente a la fecha, siendo atendida y diagnosticada con gonartrosis primaria bilateral ordenándose para el caso procedimiento quirúrgico para la rodilla izquierda esto es RTR IZQUIERDA 815404.
4. Acude a MEDISANTIAS S.A MEDICINA PREPAGADA para la autorización, la cual es negada aduciendo patología preexistente, debiendo realizar el procedimiento por la EPS.
5. Por lo anterior, no ha podido realizar el procedimiento médico, tiene dolencias a diario afectándose su estado de salud, por lo que la negativa del servicio pese haberse realizado similar procedimiento con anterioridad en rodilla contraria, vulnera su derecho a la salud, máxime cuando no se ha tenido en cuenta la antigüedad, el pago puntual a los aportes de póliza y no se ha

determinado la causa de aplicación de la preexistencia como argumento jurídico, advirtiendo que empezar con la EPS el tratamiento demoraría aún más su atención, pues estaría en la obligación de comenzar nuevamente el proceso tan avanzado que llevaba en la otra entidad, más aún porque tiene dolencias fuertes por su patología.

SUJETOS DE ESTA ACCION

Accionante: ESTHER SANABRIA PORRAS identificada con C.C. No. 37828872 de Bucaramanga residente en la diagonal 105 N.27-39 conjunto residencial la calleja-Bucaramanga.

Entidades Accionadas: MEDISANITAS S.A., MEDICINA PREPAGADA

Entidades Vinculadas: ADRES, SANITAS EPS Y COLSANITAS MEDICINA PREPAGADA.

FUNDAMENTOS DE LA ACCIÓN

La accionante solicita el amparo de los derechos fundamentales al mínimo vital, la vida, el respeto a la dignidad humana, la salud y la seguridad social, los cuales, a su juicio, están siendo desconocidos por MEDISANITAS S.A MEDICINA PREPAGADA al no prestarle los servicios de salud contratados con la compañía.

Expresamente requiere que se ordene a la entidad accionada autorizar y realizar de forma inmediata el procedimiento denominado RTR IZQUIERDA con profesionales adscritos a esa entidad o se ordene la remisión y realización del procedimiento ante el especialista Dr. Helio David Rueda quien fue la persona que realizó el procedimiento de rodilla derecha en el año 2016 por su remisión directa en su momento de COLSANITAS S.A, requiriendo a MEDISANITAS S.A MEDICINA PREPAGADA para el cumplimiento inmediato a la orden que emita el despacho.

RESPUESTA DE LAS ENTIDADES ACCIONADAS Y VINCULADAS

MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A, por medio de su subgerente de operaciones de la compañía DIANA CURE ALVAREZ informa que la accionante se afilia al contrato Colsanitas 100-26895 con vigencia del 1 de abril de 2007 declarando presentar desde hace 3 años antes a la afiliación artrosis de la rodilla izquierda, así como la presencia de enfermedad a nivel osteomuscular, declarado en los documentos anexos, en los cuales consta la firma de la accionante.

Aduce, que con el cambio de contrato a otro, migran las preexistencias declaradas, por ello, se le informaron con antelación las patologías que no tendrían cobertura por el contrato con MEDICINA PREPAGADA, cubriéndose la cirugía de rodilla derecha por no haber declarado que existiera en ella artrosis de rodilla derecha.

Solicitando en dicho sentido la desvinculación del caso y la declaración de improcedencia de la acción, por la inexistencia de vulneración de derecho o por no existir en el plenario evidencia alguna de la negación en el servicio.

SANITAS EPS, por medio de MARTHA ARGENIS RIVERA subgerente regional de Bucaramanga, manifiesta que EPS SANITAS ha brindado los servicios requeridos para la accionante relacionando las autorizaciones realizadas tales como RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL 11/03/2022, RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (1- 3) - PAQUETE 28/02/2022, ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO 02/02/2022, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ORTOPEDIA REEMPLAZO RODILLA 24/01/2022 . Aclara con relación a la solicitud de los especialistas que la han tratado que son adscritos a la medicina prepagada, siendo la CLINICA CHICAMOCHA la IPS adscrita a la EPS para prestar los servicios por ortopedista, advirtiendo que la accionante tuvo cita agendada con ortopedista el 24 de enero de 2022 sin que a la fecha la usuaria haya consultado o solicitado agendamiento, resaltando, que EPS SANITAS a actuado en debida forma sin negativas, solicitando en este sentido la improcedencia de la acción de tutela por no presentarse NINGUNA CONDUCTA DE LA EPS en contravía de los derechos de la señora ESTHER SANABRIA PORRAS, ya que no se ha vulnerado derecho alguno a la solicitante.

ADRES, Se notifico electrónicamente de la presente acción al correo electrónico notificaciones.judiciales@adres.gov.co fechado el 15/03/2022 a las 2:20 pm, no obstante guardo silencio

CONSIDERACIONES

COMPETENCIA

El Juzgado es competente para decidir, de conformidad con lo dispuesto en el numeral 1º, inciso 3º del artículo 1º del decreto 1382 de 2000, toda vez que la acción se dirige contra entidades particulares y los efectos de la violación denunciada alcanzan el municipio de Bucaramanga, lugar en la que tienen sede las accionadas y de residencia del tutelista.

PROBLEMAS JURÍDICOS CONSIDERADOS

¿Se vulneran los derechos fundamentales solicitados por la señora ESTHER SANABRIA PORRAS, específicamente los derechos a la vida y a la salud, pues cuenta con diagnóstico de gonartrosis primaria bilateral con orden de procedimiento quirúrgico para la rodilla izquierda esto es RTR IZQUIERDA 815404, en cuanto la entidad de salud entraba la atención de estos, argumentando preexistencia?

PRECEDENTE JURISPRUDENCIAL

LAS EXCLUSIONES POR PREEXISTENCIA EN LOS CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA. REITERACIÓN DE JURISPRUDENCIA. SENTENCIAS T-184 DE 2014

Se 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[4].

Así mismo, las “*exclusiones*” deberán quedar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las enfermedades, procedimientos y exámenes diagnósticos específicos que se excluyan, y el tiempo durante el cual no serán cubiertos por la entidad de medicina prepagada, no siendo oponibles al usuario las que no estén expresamente allí consignadas[5].

Acorde con lo anterior, la Corte ha expresado en diferentes pronunciamientos, que desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia de las enfermedades, padecimientos, dolencias y quebrantos de salud que ya venían sufriendo los beneficiarios del servicio, que por ser preexistencias, no quedarán amparados dentro del mismo.

En efecto, la jurisprudencia de esta corporación ha señalado que previamente a la celebración de un contrato de medicina prepagada, la compañía contratante, que cuenta con el personal calificado y acceso a los equipos necesarios, tiene la obligación de practicar a los futuros usuarios los exámenes correspondientes, para determinar con claridad las enfermedades o dolencias de estos, que por ser preexistentes serían excluidas del contrato. 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”^[6].

En tal sentido, esta corporación ha presentado, desde la sentencia acabada de citar, una línea jurisprudencial homogénea^[7] de pronunciamientos, al expresar (no está en negrilla en el texto original):

*“... la entidad de medicina prepagada, durante el desarrollo del contrato, no está facultada para definir de manera unilateral que determinada patología, a pesar de no haberse excluido expresamente al momento de suscribir el contrato, se había venido desarrollando desde antes de la celebración de aquel y, en consecuencia, debe considerarse excluida. En tal evento, se entiende que **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 determinados servicios médicos requeridos por el paciente bajo el argumento de que se trata de una preexistencia o enfermedad congénita.**”*

A juicio de la Corte, la compañía desconoce el principio de buena fe (art. 83 Const.), también inmanente en la prestación de todo servicio público y que, por ende, debe presidir las relaciones contractuales, resultando lesiva contra derechos fundamentales como los reclamados, la utilización de tácticas de elusión del compromiso de oportuna atención de requerimientos de salud, con la aducción unilateral de posibles preexistencias, que pudieron haber sido detectadas previamente a la celebración del contrato.

Es evidente que lo expuesto descarta la opción de que, en el curso del contrato, la compañía varíe, en desmedro de la situación del usuario, las condiciones pactadas y pretenda, esgrimiendo conceptos médicos ulteriores, usualmente emanados de profesionales a su servicio, excluir de cubrimiento una dolencia o afección detectada cuando ya se estaba ejecutando el convenio, que infiere que se venía gestando, madurando o desarrollando desde antes de la contratación, sin que el paciente estuviere en condiciones de saberlo con antelación.

Límites de los planes adicionales de salud en aplicación del principio de buena fe contractual y la protección del derecho a la salud. Sentencia 2011/T-134

La salud ha sido definida como un derecho fundamental que consiste en la posibilidad de alcanzar el nivel más alto de bienestar físico, mental y social dentro de lo posible para una persona^[10]. La prestación de los servicios tendientes a satisfacer esta garantía constitucional debe responder a las características de calidad, eficacia y oportunidad. Adicionalmente, las entidades prestadoras del servicio no pueden desconocer el principio de integralidad, conforme al cual no es posible fraccionar los

tratamientos cuando ello implica un obstáculo insalvable para la atención de la patología del paciente[11]; ni el principio de continuidad, de acuerdo con el cual el servicio de salud no puede ser interrumpido injustificadamente antes de la recuperación o estabilización del paciente[12].

Los parámetros mencionados han sido dirigidos principalmente a la prestación de los servicios en el marco del plan obligatorio de salud, bien sea como parte del régimen contributivo o del subsidiado. Sin embargo, esta Corporación ha hecho una aplicación analógica de dichos principios a la medicina prepagada, en cuanto cabe, otorgándoles un contenido propio. Para hacerlo, ha tenido en cuenta que los contratos de prestación de servicios adicionales de salud se ejecutan en virtud de una relación contractual de adhesión, bilateral y onerosa, vigilada por la Superintendencia de Salud, y que su propósito no es reemplazar totalmente a las instituciones que prestan servicios integrales y obligatorios de salud, como son las entidades del régimen contributivo.

En este sentido, la Corte ha determinado que para salvaguardar el derecho a la salud de los usuarios de todos los planes adicionales de salud debe atenderse a los siguientes criterios:

2.1 En la formación del contrato.

(i) Los contratos para la prestación de servicios adicionales de salud no pueden ser celebrados ni renovados con personas que no se encuentren afiliadas al POS. Así lo establece el artículo 20 del Decreto 806 de 1998[13]. La omisión de esta disposición obliga a la empresa a responder por la atención integral en salud de su afiliado sin consideración a las limitaciones pactadas pues, de no hacerlo, la persona podría verse desprotegida ante las amenazas a la vida y a la salud no cubiertas por el plan de medicina prepagada[14].

(ii) Antes de suscribir el contrato de medicina prepagada, las empresas deben realizar exámenes médicos lo suficientemente rigurosos[15]. Esto tiene como propósito (1) detectar los padecimientos de salud que constituyan preexistencias; (2) determinar su exclusión expresa de la cobertura del contrato; y (3) permitir que el usuario decida si bajo estas condiciones -es decir, la exclusión de las preexistencias del contrato- persiste su intención de celebrar el convenio. El examen médico otorga seguridad jurídica a la relación contractual. Por tanto, las enfermedades no diagnosticadas como resultado de dicho examen, no podrán ser consideradas preexistencias, y deberán ser tratadas y atendidas médicamente por la entidad[16].

(iii) El acuerdo de voluntades mediante el cual se celebra el contrato de prestación de servicios adicionales de salud debe fundarse tanto en el principio de buena fe como en la confianza mutua entre contratantes. En la sentencia SU-039 de 1998, la Corte precisó que:

“Comoquiera que la celebración de un contrato de esa clase se desarrolla dentro del campo de los negocios jurídicos en la forma de un acuerdo de voluntades para producir efectos jurídicos, lo que supone un desarrollo bajo la vigencia de los principios generales que los informan, como ocurre con el principio de la buena fe que no sólo nutre estos actos sino el ordenamiento jurídico en general y el cual obtiene reconocimiento expreso constitucional en el artículo 83 de la Carta Política de 1991, como rector de las actuaciones entre los particulares, significa que, desde su inicio y especialmente durante su ejecución, al incorporarse el valor ético de la confianza mutua[17] en los contratos de medicina prepagada, se exige un comportamiento de las partes que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de las prestaciones acordadas.”[18]

Además, en tanto que en el contrato de adhesión de los planes de medicina prepagada la parte débil es el usuario de los servicios de salud, ha dicho la Corte que las dudas en la interpretación de las cláusulas del contrato que impliquen un posible vulneración del derecho a la salud, deben resolverse a favor del afiliado, sin perjuicio de que en situaciones concretas pueda demostrarse su mala fe[19].

2.2 Durante la ejecución del contrato.

(iv) Las empresas prestadoras de servicios adicionales de salud deben dar cumplimiento estricto a todas las cláusulas del contrato suscrito con el usuario. Las empresas de medicina prepagada deben emplear la debida diligencia en la prestación de la atención médica que el afiliado requiera, a fin de que recupere o mejore su estado de salud, o prevenga la aparición de nuevos padecimientos. Para ello, deben actuar dentro del marco normativo que regula la materia[20].

(v) Durante la ejecución del contrato de medicina prepagada la empresa no puede modificar unilateralmente las condiciones para su cumplimiento. La compañía de medicina prepagada no puede negarse al cumplimiento de una obligación inicialmente contraída, cuando en su momento no se dijo nada en el contrato, frente a su exclusión o garantía. En los casos de duda respecto de la aplicación de esta subregla, la Corte ha determinado que debe presumirse la buena fe del paciente al momento de suscribir el contrato y que, en consecuencia, le corresponde a la empresa probar que el contratante tenía conocimiento de su enfermedad al momento de obligarse[21].

(vi) La empresa de medicina prepagada no puede desplazar a la EPS su responsabilidad en la atención médica de las enfermedades cubiertas en el contrato. Si el contrato de medicina prepagada prevé servicios incluidos en el POS, la empresa no puede negarse a proporcionarlos argumentando que ellos pueden ser prestados por la EPS. En este sentido, el artículo 18 del Decreto 806 de 1998 establece que el usuario de un Plan Adicional de Salud puede elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de requerir atención médica, y advierte que “las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan”[22].

2.3 Específicamente para la aplicación de exclusiones.

(vii) Se entienden excluidos del objeto contractual, únicamente aquellos padecimientos del usuario considerados como preexistencias, cuando previa, expresa y taxativamente se encuentren mencionadas en las cláusulas de la convención o en sus anexos en relación específica con el afiliado. La Corte ha establecido que las “preexistencias” son enfermedades o afecciones que aquejan al paciente al momento de suscribir el contrato y, por ello, no se incluyen como objeto de los servicios prepagados. Estas excepciones a la cobertura no pueden estar señaladas en forma genérica en el contrato. La compañía de medicina prepagada tiene la obligación de determinar, de acuerdo a los exámenes previos, “cuáles enfermedades congénitas y cuáles preexistencias no serán atendidas en relación con cada usuario” (subrayado dentro del texto)[23].

Toda vez que esta constituye una carga de la empresa y no del usuario, cuando una enfermedad adquirida previamente a la firma del contrato no haya sido incorporada de manera concreta en el contrato o sus anexos como preexistencia o como exclusión, esta no puede ser oponible al afiliado como excusa para negarse a la prestación de un servicio[24].

(viii) Los contratos de prestación de servicios de salud que contengan exclusiones que exceptúen de manera general o imprecisa ciertas enfermedades o la prestación de determinados servicios de salud, o que lo

hagan de manera ambigua, no son oponibles al usuario. Debido a que las exclusiones constituyen limitaciones al contrato de prestación de servicios de salud, su interpretación y aplicación debe ser restrictiva y respetar el principio de buena fe contractual. Por ello, la cláusula de exclusiones dentro de un contrato de medicina prepagada no puede exceptuar de forma genérica toda una rama de enfermedades, tratamientos o estudios para su diagnóstico, o dejar de señalar con suficiente precisión y claro lenguaje a cuáles hace referencia, de suerte que el usuario pueda decidir si adhiere o no al contrato[25].

Es necesario precisar que esta regla relativa a las exclusiones genéricas (*viii*) se diferencia de la anterior que aborda a la exclusión de las enfermedades o afecciones que pudieron originarse o desarrollarse antes de la firma del contrato (*vii*). Dado que las preexistencias debieron ser detectadas por la compañía de medicina prepagada mediante los exámenes médicos previos y el examen de los antecedentes del contratante, las exclusiones derivadas de ellas deben pactarse en relación con cada usuario, es decir, teniendo en cuenta su situación particular.

No son eficaces las cláusulas contenidas en los formatos de contrato que excluyen preexistencias de manera genérica, aun cuando ellos hayan sido objeto de revisión por parte de la Superintendencia de Salud, puesto que el tomador del contrato de medicina prepagada que tiene una preexistencia posee unas características particulares, con base en las cuales tanto el usuario como la entidad pactan la prestación de los servicios de salud. En virtud de la buena fe contractual, cuando la compañía de medicina prepagada no establece expresamente cuáles son los exámenes, tratamientos o suministros que están excluidos, pudiendo hacerlo, se entiende que el afiliado toma la decisión de pagar el plan adicional de salud con base en el convencimiento fundado de que la compañía deliberadamente los incluyó dentro del contrato.

Cuando la enfermedad, afección o patología no puede ser determinada con el mismo nivel de suficiencia como el esperado en las preexistencias, es improbable que la entidad conozca cuáles serán los servicios que el paciente requerirá y que, en virtud de la autonomía de su voluntad, no está dispuesto a cubrir. En estos casos, entonces, no es indispensable que las exclusiones se pacten en relación con cada uno de los usuarios. Lo que es absolutamente necesario atendiendo al carácter taxativo de las cláusulas restrictivas, es que estas se establezcan de manera manifiesta, que no contengan expresiones genéricas, que no excluyan una rama completa de enfermedades o un conjunto impreciso de exámenes diagnósticos, y que la forma en que están estipuladas no se preste para interpretaciones simultáneas respecto de su inclusión y sustracción, pues ello impide al usuario conocer de forma suficiente el tipo de procedimientos cubiertos por el plan antes de adherirse a él.

El carácter genérico, impreciso o ambiguo de las cláusulas de exclusión atenta contra la buena fe contractual pues esconde información relevante que será determinante para quien suscribirá el plan adicional, y se convierte en una excusa por medio de la cual se evita por todos los medios el cumplimiento del objeto principal del contrato, en desmedro de la salud y la integridad física del paciente. Por ello, la Corte ha indicado que *“la responsabilidad frente a la prestación de medicamentos y procedimientos médicos que se requieran para el tratamiento de una enfermedad que no se encuentre expresa y claramente determinada en el contrato de medicina prepagada recae sobre la entidad que presta este servicio”*[26].

Este último criterio ha sido empleado por la Corte en sentencias precedentes, respecto de distintos tipos de planes adicionales de salud. Así, por ejemplo, en la sentencia T-171 de 2003, la Corte ordenó a una compañía de seguros practicar la

cirugía de banda gástrica requerida por la accionante teniendo en cuenta que el contrato excluía de forma general los tratamientos para la obesidad, y de acuerdo con los conceptos médicos allegados al expediente, se pudo establecer que la *“obesidad mórbida tiene una condición patológica que permite distinguirla de la simple obesidad”*. La Corte encontró que esta condición de particularidad hace que dicha cirugía *“no pueda entenderse comprendida en la exclusión genérica de los tratamientos por obesidad”*.

En otro caso resuelto en la sentencia T-699/04, una mujer desarrolló luego de la realización de los exámenes diagnósticos iniciales, una enfermedad de carácter congénito y requería para su tratamiento la realización de varios procedimientos quirúrgicos. En la cláusula de limitaciones contractuales se pactó que la empresa de medicina prepagada no asumiría el costo de *“las enfermedades o malformaciones congénitas”*. No obstante, la Corte encontró que esta cláusula era demasiado genérica y que, por lo tanto, no era oponible a la contratante pues su aplicación conllevaba a la interrupción del servicio respecto de un amplia e indeterminable cantidad de patologías.

En la sentencia T-795 de 2008, la Corte ordenó a una empresa de medicina prepagada practicar al afiliado el examen PET CT (tomografía de emisión de positrones combinada con tomografía computarizada) con la regularidad que se requiriera pues, aunque no se trataba de un procedimiento tendiente a diagnosticar el estado de una patología preexistente, se encontró que el contrato no indicaba que este tipo de exámenes estuvieran exceptuados y, por el contrario, indicó que la cláusula de coberturas incluía todos los servicios de *“medicina nuclear”*.

Por su parte, en la sentencia T-158 de 2010 la Corte negó la autorización del reemplazo total de rodilla izquierda mediante implantación de una prótesis anatómica, exigido por el accionante a su compañía de seguros, pues determinó que el suministro de prótesis se encontraba excluido expresamente de la póliza, y que la cláusula señalaba con claridad la cuantía del reconocimiento y el valor tope asegurado para la ocurrencia de esa clase de siniestros. Encontrándose precisa y expresa la exclusión, la Sala concluyó que el valor del suministro requerido excedía por mucho la limitación contractual y, por tanto, no declaró que la entidad accionada vulnerara los derechos del paciente.

Igualmente, en la sentencia T-584 de 2010, la accionante solicitó la realización de una mamoplastia de reducción ordenada por su médico tratante dentro del plan de medicina prepagada. Si bien la Corte falló a favor de la paciente por cuanto no se encontraba vinculada al plan obligatorio de salud del régimen contributivo, sí estableció con claridad que no correspondía en principio a la empresa de medicina prepagada cubrir el valor de la cirugía toda vez que la cláusula de exclusión era clara y precisa.

En suma, la extensión de la cobertura de los servicios prepagados de salud dependerá de los términos en los cuales se pacta el contrato, comprendidos a la luz del principio de buena fe contractual, de protección del usuario como parte débil del contrato, y del derecho a la salud. Por esta razón, cuando la interpretación o ejecución del clausulado que rige la relación contractual involucre derechos fundamentales, corresponde a los jueces constitucionales establecer su preciso alcance a la luz de los principios previamente establecidos.

CASO CONCRETO

Vulneración de Derechos Fundamentales Invocados

La acción de tutela se encamina a obtener a favor de la señora ESTHER SANABRIA PORRAS con inmediatez la autorización y realización del procedimiento quirúrgico

denominado RTR IZQUIERDA 815404, toda vez que hasta la fecha no se ha realizado por cuanto MEDISANITAS S.A MEDICINA PREPAGADA le advirtió que se trata de enfermedad preexistente, el cual no puede ser atendido por esta entidad debiendo dirigirse a SANITAS EPS, lo cual la obligaría a comenzar nuevas valoraciones con médicos, atrasando la cirugía de su rodilla izquierda.

Por su parte, MEDISANITAS S.A MEDICINA PREPAGADA informa que la señora SANABRIA presento patología preexistente consistente en artrosis de la rodilla izquierda, por lo que tenía conocimiento de las restricciones sobre las patologías a las cuales no se le brindaría servicio alguno por la entidad, fundando la negatividad en la realización del procedimiento de RTR IZQUIERDA 815404 por no estar contemplado en el plan de medicina prepagada, aportando el contrato suscrito entre las partes.

SANITAS EPS, manifestó brindar de forma continua los servicios requeridos por la accionante y que a la fecha no a solicitado tratamiento alguno para fundar alguna demora o incumplimiento del servicio.

Así las cosas, examinados los soportes anexos, a los folios 44 a 46 y 70 PDF, aprecia el despacho que la justificación de la accionada para remitir la prestación del servicio de salud de la señora ESTHER SANABRIA a SANITAS EPS por preexistencia de enfermedad, se encuentra fundada, toda vez, que existe prueba en el plenario con relación a la preexistencia de enfermedad de ARTORIS RODILLA, SECUELA CIRUGIA TIROIDES Y SECUELA HISTERECTOMIA ratificada con el formato de declaratoria de estado de salud realizada por la señora Esther Sanabria Porras, con fecha de redacción de los documentos del 29 de marzo y 10 de abril de 2007, es decir, en forma preexistente a las obligaciones contraídas por la entidad de medicina prepagada en el contrato FAMILIAR DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA PLAN INTEGRAL, suscrito entre las partes con fecha de expedición 10-04-2007 y primera vigencia del 01-04-2007 al 31-03-2008 (fls. 66 a 69).

Por la misma senda, se encuentra que SANITAS EPS apporto relación de los servicios que hasta la fecha de contestación de la acción constitucional se han realizado a la accionante, así : RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL 11/03/2022, RESECCION DE LESION DE INTESTINO GRUESO VIA ENDOSCOPICA (1- 3) - PAQUETE 28/02/2022, ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON MULTIPLE MUESTREO 02/02/2022, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ORTOPEDIA REEMPLAZO RODILLA 24/01/2022, sin tener a la fecha autorizaciones u ordenes pendientes por ejecutar, lo cual no se ha puesto de presente tampoco por la accionante.

De esta forma, el despacho avizora la inexistencia de vulneración alguna de los derechos incoados, toda vez, que como se advirtió, la entidad de medicina PREPAGADA en la ejecución de su contrato había informado las enfermedades de las cuales no versaría asistencia alguna de salud, por lo cual, la enfermedad de artrosis de rodilla izquierda no permitiría la atención que está solicitando la accionante, sin que pueda esta juzgadora justificar u ordenar que se realice un procedimiento del cual contractualmente se había determinado por las partes estaría excluido de los servicios ofertados, al igual que SANITAS EPS ha brindado los servicios necesarios y solicitados por la afiliada, sin tener a la fecha demora alguna sobre procedimientos, citas o medicamentos.

Es por esta razón, que el despacho procederá a negar la presente acción constitucional instaurada al no existir vulneración de los derechos invocados, más aun, cuando la acción

de tutela no esta llamada a debatir temas de origen contractual, sino netamente de carácter constitucional, quiere decir ello, que verse sobre derechos fundamentales, los cuales como bien se explicaron no fueron vulnerados a la señora ESTHER SANABRIA por parte de MEDISANTIAS S.A MEDICINA PREPAGADA ni SANITAS EPS, entidad ante la cual, desde luego, podrá acudir para la atención en salud no cubierta por el plan de medicina prepagada.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Catorce Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Bucaramanga, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA:

PRIMERO: NEGAR la tutela instaurada por ESTHER SANABRIA PORRAS contra MEDISANITAS S.A MEDICINA PREPAGADA, en aras de proteger sus derechos a la vida digna, a la integridad física y a la salud, por las razones consignadas en la parte motiva de este proveído

SEGUNDO: De no ser apelada esta decisión, remítase a la H. Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFÍQUESE Y CUMPLASE,

La juez,



ANA J. VILLARREAL GOMEZ