



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Asunto: Acción de tutela No. 2023-00290-01
Proveniente del Juzgado Treinta y Dos (32) Civil Municipal de Bogotá D.C.
Sentencia Segunda Instancia

Fecha: Mayo once (11) de dos mil veintitrés (2023).

De conformidad con lo establecido en el artículo 29 del Decreto Nacional 2591 de 1991 se emite sentencia de segundo grado en la actuación de la referencia.

1.- Identificación de los solicitantes: (Art. 29 Num. 1 D. 2591/91):

- **MARÍA EUGENIA BAENA DE ERAZO**, identificada con cédula de ciudadanía n.º 32.330.670, quien actúa en nombre propio.

2.- Identificación de quien provenga la amenaza o vulneración: (Art. 29 Num. 2 D. 2591/91):

- a) La actuación es dirigida en contra de:
 - **ALIANSALUD EPS S.A.**
 - **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**
- b) El Juzgado de instancia dispuso vincular a:
 - **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**
 - **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

3.- Determinación del derecho tutelado: (Art. 29 Num. 3 D. 2591/91):

La accionante indica que se trata de los derechos a la salud, vida y seguridad social.

4.- Síntesis de la demanda:

- a) *Hechos:* La accionante manifiesta en su libelo genitor que:
 - Tiene 72 años de edad, es separada, y depende de una cuota alimentaria de su ex – cónyuge, la cual fue ordenada por el Juzgado 2º de Familia de Bogotá.
 - Se encuentra afiliada a ALIANSALUD EPS S.A. y a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA.
 - Además de las afecciones naturales por mi edad, tiene importantes enfermedades de salud, como trastorno de ansiedad y depresión e insomnio en manejo con ansiolíticos.
 - Uno de los padecimientos que tiene es “*Prolapso cúpula vaginal después de Histerectomía con enterocele que arrastra vejiga y recto con fascias de mala calidad o inexistentes*”. Este padecimiento produce dolor en pubis persistente, deseo de orinar contante con incapacidad para orinar.



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

- La imposibilidad de orinar puede generar, según los médicos que la han atendido, reflujo de la orina hacia el riñón con su consecuente daño, por lo cual está en alto riesgo de generar una insuficiencia renal.
- Le han realizado varios procedimientos de *Colpopexia vía vaginal*, *Reparación de enterocele vía vaginal* y *Colporrafia anterior y posterior*; cirugía fallida por prolapso genital recidivante con signos clínicos y paraclínicos de *Uropatía obstructiva secundaria*.
- Como consecuencia de ello ha acudido a múltiples valoraciones por Ginecólogos y Urólogos, por lo cual acudió el 15 de febrero de 2023, a consulta con el médico urólogo Dr. Mauricio Plata Salazar, en la Fundación Santa Fe de Bogotá, quien determinó la necesidad de realizar un procedimiento de *“abordaje abdominal robótico de corrección de prolapso”*.
- Realizó el trámite para obtener la autorización del procedimiento, el cual fue autorizado, pero no cubre asistencia por robot, pues según las accionadas este costo lo debe asumir directamente.
- De acuerdo con la cotización de la Fundación Santa Fe, el costo del robot es de \$8.387.143. y no tiene los recursos económicos para sufragar dicho valor.
- El médico tratante es adscrito a medicina prepagada (COLMEDICA), empresa con vínculos empresariales con la EPS accionada.

b) *Petición:*

- Tutelar los derechos deprecados.
- Ordenar a las accionadas autorizar y realizar el procedimiento médico, en idénticos términos a los que ordenó el Dr. Mauricio Plata Salazar, que es el especialista y el que determina que es el procedimiento de *colpopexia abdominal por laparoscopia asistida por robot*, es el que se debe realizar.

5- Informes:

a) La **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES**, en su informe manifiesta que:

- Es función de la EPS la prestación de los servicios de salud. No tiene funciones de inspección, vigilancia y control para sancionar a una EPS, por lo que la vulneración a derechos fundamentales se produciría por una omisión no atribuible a esa Entidad, situación que fundamenta una clara falta de legitimación en la causa por pasiva.
- A partir de la promulgación del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, reglamentado a través de la Resolución 205 de 2020 proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social, se fijaron los presupuestos máximos (techos) para que las EPS o las EOC garanticen la atención integral de sus afiliados, respecto de medicamentos,



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

procedimientos y servicios complementarios asociados a una condición de salud, que se encuentren autorizadas por la autoridad competente del país, que no se encuentren financiados por la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ni por otro mecanismo de financiación y cumplan las condiciones señaladas en los anteriores actos administrativos.

- El sistema de salud permite a los afiliados del régimen contributivo, además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, contratar servicios adicionales o complementarios. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los afiliados, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, por no estar dentro del ámbito del servicio público de salud. Igualmente, el usuario de un PAS “podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan. De acuerdo con ello, estos planes complementarios de salud son servicios privados, de interés público, que no corresponde prestar al Estado.
- Al encontrarse la accionante afiliada a una EPS del Régimen Contributivo, está en la obligación de agotar los medios ordinarios para garantizar su propia salud, para la prestación de los servicios no incluidos en el contrato privado de medicina prepagada, por lo que, si existe vulneración de derechos fundamentales éste (el accionante) hizo más gravosa dicha vulneración.
- Por lo anteriormente expuesto, solicita negar el amparo solicitado y, en caso de acceder al amparo, negar cualquier solicitud de recobro por parte de la EPS y modular las decisiones que se profieran en el sentido de no comprometer la estabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud con las cargas que se impongan a las entidades a las que se compruebe la vulneración de los derechos fundamentales invocados.

b) COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, en su informe indica:

- La accionante se encuentra afiliada dentro de un contrato, en un plan denominado HUMANA PLUS 0116000430258, con fecha de inicio de vigencia y de antigüedad convalidada del 1/08/2008. Igualmente, presenta diagnóstico por *N819 PROLAPSO GENITAL FEMENINO, NO ESPECIFICADO*, por lo cual solicita se le autorice y suministre el procedimiento de *COLPOPEXIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT PERINEOPLASTIA*.
- Los planes de medicina prepagada no cuentan con cláusulas para la prestación de servicios de manera ilimitada; por el contrario, dentro de estos se encuentran exclusiones de servicios los cuales no son cubiertos por la entidad. Además, los planes contemplan unos topes para los servicios que hacen parte de la cobertura de cada contrato.



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

- El plan de medicina prepagada HUMANA PLUS 0116000430258 con el que cuenta la accionante presenta unas coberturas limitadas y no cubre los costos del procedimiento *COLPOPEXIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT PERINEOPLASTIA*, toda vez que se encuentra excluido de las coberturas del contrato de acuerdo con lo dispuesto por la cláusula séptima.
- Sin embargo, autorizó el servicio médico de *COLPOPEXIA POR LAPAROSCOPIA* conforme a la técnica convencional y no la “asistida por robot” que pretende la señora BAENA DE ERAZO, en virtud del cubrimiento que ofrece el plan de medicina prepagada suscrito.
- La entidad encargada de garantizar las prestaciones asistenciales es ALIANSALUD EPS; obligada legalmente a suministrar el servicio no cubierto por el Plan Adicional de Salud.
- En consecuencia, el contrato de medicina prepagada es un negocio jurídico que se deriva de la autonomía privada de la voluntad, se rige por las reglas del derecho privado y mercantil, lo que supone que el contrato legalmente celebrado es ley para las partes y las obliga solamente en lo que allí esté expresamente previsto.
- Solicita declarar la improcedencia de la tutela y no amparar los derechos fundamentales señalados como violados o puestos en peligro inminente de violación. Subsidiariamente, ordenar a la ALIANSALUD EPS, autorice y materialice el servicio no cubierto por el Plan Adicional de Salud, en atención al principio de complementariedad y concurrencia del Sistema de Salud, a través de su red y el modelo de atención de dicho PBS.
- En caso de ordenar a COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA asumir lo que no está amparado por el contrato, se conceda la opción de solicitar el reembolso ante la ALIANSALUD EPS.

c) **ALIANSALUD EPS**, en su informe indica:

- Ha autorizado a la accionante los servicios que le han sido ordenados por sus tratantes, de conformidad con las coberturas del Plan de Beneficios en Salud (PBS); por lo cual se evidencia en el sistema que se ha garantizado la continuidad en la prestación del servicio.
- La accionante, a la fecha, no ha radicado solicitudes ante esa entidad para la prestación del servicio objeto de controversia en la acción de tutela de referencia, pese a encontrarse cubierto por el PBS bajo la técnica convencional.
- Teniendo en cuenta que COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA hace parte del mismo grupo empresarial, tienen conocimiento que dicha entidad autorizó el procedimiento vía laparoscópica según la técnica convencional, lo que denota que la usuaria no se encuentra desprotegida.
- Solicita declarar la improcedencia de la tutela y no amparar los derechos fundamentales señalados como violados o puestos en peligro inminente de violación.



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

d) La **FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, en su informe indica:

- La señora BAENA DE ERAZO es una paciente, quien ha sido atendida en la FSFB en dos oportunidades.
- En sus ingresos a la institución se le han suministrado todos los servicios de salud que ha requerido bajo el cumplimiento de los principios de pertinencia, oportunidad y alta calidad técnico-científica.
- Una de las características esenciales de la Ley 100 de 1993, reiterada por la Jurisprudencia, es la separación de funciones que existe entre las EPS y las IPS, por cuanto estas últimas no tienen dentro de nuestras obligaciones la autorización y cubrimiento de los servicios requeridos por los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Solicita su desvinculación pues no se ha vulnerado ni amenazado los derechos fundamentales de la accionante, ya que se han prestado los servicios de salud requeridos y es el asegurador el encargado de autorizar las citas médicas en la institución.

6.- Decisión impugnada:

El *A-quo* profirió sentencia el 16 de marzo de 2023, negando el amparo invocado, al considerar que:

- Le obra razón a Colmedica al limitar el servicio médico requerido y autorizarlo sin la asistencia robótica pretendida, comoquiera que se encuentra facultada para ello a partir del contrato suscrito, en caso de que la accionante no se encuentre conforme con dicha prestación, puede adelantar las acciones civiles establecidas en nuestro ordenamiento jurídico.
- Correspondería ordenar a la EPS tratante garantizar tal servicio médico, sin embargo, no solo la acción no se dirigía directamente a ella, sino que, además, es una entidad independiente a Colmedica, por lo que no cuenta con la información total del estado de salud de la accionante y la orden médica dada, por lo que emitir tal dictamen decaería en citas previas para la accionante y más demoras en el procedimiento pretendido, además de desconocer el trámite propio ante la EPS.

Por lo anterior resolvió:

“Primero: Negar el amparo invocado por María Eugenia Baena de Erazo, por cuanto no existe una vulneración actual ni la amenaza de un perjuicio irremediable.

Segundo: Comunicar la presente decisión a los interesados por el medio más expedito, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 30 del Decreto 2591 de 1991.



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

Tercero: Si no fuere impugnada, enviar el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión”.

7. - Impugnación: (Art. 29 Num. 3 D. 2591/91):

Inconforme con la decisión, la parte accionante impugnó la sentencia impartida argumentando que:

- No es cierto que ALIANSALUD EPS S.A. sea una entidad totalmente independiente a COLMEDICA. Es un hecho notorio e informado incluso por la misma empresa de medicina prepagada, que esa EPS hace parte del grupo empresarial de COLMEDICA.
- Desconocer que se trata del mismo grupo empresarial, o desconocer que la tutela no se dirigió en contra de ALIANSALUD es negar la protección del derecho fundamental a la salud, a la vida digna, es empeorar su estado de salud, a pesar de que se aportó el dictamen de un médico especialista, de una clínica de alta credibilidad, que no solo indica su estado médico, sino que explica con detalle la necesidad de que se me realice el procedimiento médico con las especificaciones robóticas requeridas.
- Solicita sea revocado el fallo proferido y se ordene el amparo solicitado.

8. – Requerimiento en segunda instancia.

A través de auto de 17 de abril de 2023, este Despacho avocó conocimiento del asunto y dispuso: del pasado 10 de abril la accionante informa lo siguiente:

“(…)

SEGUNDO: REQUERIR al médico tratante; Doctor **MAURICIO PLATA SALAZAR**, a través del Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe inclusive, para que, en el término de dos (2) días señale a este Despacho, si el procedimiento autorizado por COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA, de “COLPOPEXIA ABDOMINAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA” sin asistencia de robot, es viable y asistido por robot por este ordenado.

TERCERO: REQUERIR al **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**, para que, en el término de dos (2) días informe a este Despacho, si la cirugía por robot ordenada hace o no parte del plan de beneficios en salud y en el evento negativo, indique cuál sí hace parte.

CUARTO: REQUERIR a **ALIANSALUD EPS S.A.**, y **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA**, para que, en el término de dos (2) días indique a este Despacho si, tal y como lo afirma la accionante en su escrito de impugnación, tienen oferta de servicios en común.

QUINTO: REQUERIR a la accionante; **MARÍA EUGENIA BAENA DE ERAZO**, para que, en el término de dos (2) días señale a este Despacho si le fue practicado el tratamiento autorizado por COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA, de “COLPOPEXIA ABDOMINAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA” sin asistencia de robot.

“(…)”

Se atendieron efectivamente las solicitudes de los numerales 2º, 3º y 4º, informando lo siguiente:



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

a) El **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**, en su informe indicó:

- Respecto al PROCEDIMIENTO EN SALUD denominado COLPOPEXIA ABDOMINAL POR VÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT solicitado por el accionante mediante la presente acción constitucional, se debe indicar que el mismo NO se encuentra incluido en el anexo DOS (2) de la Resolución 2808 de 2022 “por la cual se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)”

b) **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA**, en su informe indica:

- Aliansalud EPS y Colmédica Medicina Prepagada, son dos entidades que pertenecen al mismo grupo empresarial. No obstante, cada sociedad es autónoma e independiente; cuenta con su propia red de instituciones prestadoras de servicios de salud; y tiene un procedimiento establecido para acceder a los servicios de salud, de conformidad con la normatividad que les aplica, y en el caso de Colmédica de acuerdo con lo establecido en el respectivo contrato de medicina prepagada.

c) **ALIANSSALUD EPS**, en su informe indica:

- De conformidad con la información suministrada por el área médica, el procedimiento COLPOPEXIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT, se encuentra excluida de las coberturas del Plan de Beneficios de Salud – PBS-
- No se encontraron ordenes médicas puestas en conocimiento de Aliansalud EPS. Las prescripciones que obran en el expediente fueron emitidas por el doctor Mauricio Plata Salazar de la Fundación Santa Fe, por lo tanto, ni el doctor Plata ni la Fundación Santa Fe hacen parte de la red adscrita a Aliansalud EPS.
- Aliansalud EPS y Colmédica Medicina Prepagada, son dos entidades distintas, que pertenecen al mismo grupo empresarial. Sin embargo, cada compañía es autónoma e independiente.

d) El doctor **MAURICIO PLATA SALAZAR**, en su informe indica:

“1. La sacrocolpopexia es el procedimiento más efectivo para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos con componente apical. El estudio de Larouche demuestra en 50 estudios que reúnen más de 22792 pacientes una mejor tasa de cura anatómica objetiva en cirugía abdominal vs cirugía vaginal. La revisión de Cochrane de 30 experimentos clínicos aleatorizados con más de 3000 pacientes demuestra una menor probabilidad de recidiva Riesgo Relativo 2.1 (7% vs 27%) con una menor probabilidad de requerir repetir intervención por prolapso residual (4% vs 18%) al comparar la vía abdominal con la vía vaginal en prolapso con componente apical.

2. La vía de abordaje puede ser abierta o laparoscopia simple o laparoscopia asistida por robot. La vía abierta tiene la desventaja de la mayor invasión, mayor morbilidad mayor estancia



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

hospitalaria, mayor tasa de transfusiones, mayor dolor y más tardío reintegro a actividades pero con un menor tiempo operatorio. Una revisión reciente Realizada por Chang et al demuestra una mejor probabilidad de cura anatómica en la sacrocolpopexia de mínima invasión tanto laparoscópica como robótica.

3. La sacrocolpopexia abdominal por mínima invasión asistida por robot comparada con laparoscopia pura ofrece la ventaja de una mejor ergonomía y una menor curva de aprendizaje que permite llegar a desenlaces óptimos más rápido. Sin embargo una revisión sistemática que compara el abordaje laparoscópico vs el robótico demuestra como la última permite una menor probabilidad de transfusión (or 0.41, 95 % ci 0.20 – 0.83, menor riesgo de sangrado (diferencia media -113.27 ml, 95 % ci -163.67 – -62.87 ml) y menor estancia hospitalaria (diferencia media -1.57 días 95 % ci -1.91 – -1.23 días) y menor conversión a cirugía abierta lo cual fue estadísticamente significativo. También demuestra una menor probabilidad de complicaciones lo cual no alcanza significancia estadística pero puede ser potencialmente clínicamente importante. Otra revisión sistemática de experimentos clínicos aleatorizados demuestra los mismos hallazgos. La vía laparoscopia asistida por robot tiene menor oportunidad de conversión a cirugía abierta siendo de 1.04%, para el robot vs 2.97%, para cirugía laparoscópica ($p = 0.01$) y menores complicaciones intraoperatorias OR 0.6; 95% CI 0.40 to 0.91; $p = 0.01$

4. Un experimento clínico aleatorizado reciente comparando vía laparoscópica pura vs laparoscopia asistida por robot una ventaja en corrección del prolapso del componente apical con mejoría anatómica en escala de pop q punto c (8 vs 7 $p < 0.001$)

5. La tendencia en el mundo es hacia la laparoscopia asistida por robot de puerto único. 90% cirugías de prolapso apical en centros grandes como UCLA, NYU, Baylor, Cleveland clinic and Methodist se hace asistida por robot. Recientemente durante el congreso americano de Cirugia Robótica. La Dra. Nirit Roseblum urólogo de La universidad del Nueva York NYU menciona que el 82% de las sacrocolpopexias en los Estados Unidos son hechas por la técnica laparoscópica asistida por el robot y lo postula como un nuevo estándar de referencia resaltando la facilidad de acceso a colocación de suturas que permiten tener mejores desenlaces.

6. En nuestro medio se ha explorado económicamente la incorporación de la cirugía Robótica en Colombia. La institución ha realizado más de 1000 casos de cirugía robótica en todas las disciplinas siendo el departamento de Urología responsable de más del 80% de los casos. Adicionalmente el 45% de la cirugía robótica nacional en 2022 se realiza en nuestra institución. Un estudio reciente de costo efectividad demuestra como al disminuir la estancia hospitalaria y disminuir uno de los brazos de cirugía robótica la cirugía robótica es costo efectivo”.

- Por lo anterior considera que la mejor vía de abordaje es la sacrocolpopexia laparoscópica asistida por robot el cual es el planteado a la paciente. La vía laparoscopia pura no la realiza ese especialista.

9.- Prueba

En aras de resolver de fondo sobre el asunto, este Despacho en decisión de 5 de mayo de 2013, dispuso:

“PRIMERO: ORDENAR a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, que en el término de un (1) día, allegue a este Despacho judicial, copia íntegra del contrato de medicina prepagada celebrado con la accionante MARÍA EUGENIA BAENA DE ERAZO”.

La orden fue atendida por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, entidad que remitió; i) solicitud de ingreso, ii) declaración de estado de salud, iii) carátula del contrato de medicina prepagada suscrito y iv) clausulado contractual.



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

10. Problema jurídico:

¿Son suficientes los argumentos de la impugnante, al punto de revocar la decisión emitida en primera instancia y conceder el amparo deprecado?

11.- Consideraciones probatorias y jurídicas:

a. El derecho a la salud en los términos del art. 49 de la Constitución política tiene doble connotación, pues por un lado está regulado como un derecho constitucional; y por otro, en un servicio público de carácter esencial, razón por la cual, corresponde su prestación a todos los residentes en el territorio colombiano por parte del Estado Social de Derecho de acuerdo a sus postulados.

En relación con el derecho a la seguridad social en salud, se ha resaltado que la acción de tutela es viable cuando quiera que, con la actuación u omisión de los encargados de prestar asistencia médica, se ponga en riesgo al individuo o se menoscabe su dignidad humana, pues la Constitución Política precisa que se trata de un servicio público de carácter obligatorio y un derecho irrenunciable de todos los habitantes.

Al respecto precisó la Corte Constitucional en sentencia T-015 de 2021:

“18. El derecho a la salud tiene una doble connotación: (i) es un derecho fundamental autónomo e irrenunciable cuyo contenido y alcance ha sido definido por el legislador estatutario y por la jurisprudencia constitucional, (ii) es un servicio público que, de acuerdo con el principio de integralidad, debe ser prestado de “manera completa”, vale decir, con calidad y en forma eficiente y oportuna.

*19. Esta Corporación se ha referido a la integralidad en la prestación de los servicios de salud como la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del Sistema de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo prescrito por el médico tratante. Según la Sentencia C-313 de 2014 que ejerció el control previo de constitucionalidad de la Ley Estatutaria que regula el derecho fundamental de salud, el principio de integralidad irradia el sistema, determina su lógica de funcionamiento y envuelve la obligación del Estado y de las entidades encargadas de la prestación del servicio de adoptar todas las medidas necesarias encaminadas a brindar un tratamiento que efectivamente mejore las condiciones de salud y calidad de vida de las personas. También ha reconocido la Corte, que cuando no es posible la recuperación de la salud, en todo caso deben proveerse los servicios y tecnologías necesarios para sobrellevar la enfermedad manteniendo la integridad y dignidad personal del paciente, de modo que su entorno sea tolerable y adecuado.
(...)*

5. La atención domiciliaria: el servicio de auxiliar de enfermería y el servicio de cuidador

24. La atención domiciliaria es una “modalidad extramural de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de salud y la participación de la familia” y se encuentra contemplada en la última actualización del Plan de Beneficios en Salud (PBS) como un servicio que debe ser garantizado con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

25. El servicio de auxiliar de enfermería como modalidad de la atención domiciliaria, según lo ha entendido la jurisprudencia constitucional, es aquel que solo puede ser brindado por una persona con conocimientos calificados en salud. Es diferente al servicio de cuidador que se dirige a la atención de necesidades básicas y no exige una capacitación especial. Es importante explicar las características de ambos servicios a la luz de la legislación y la jurisprudencia para comprender cuando cada uno es procedente.



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

26. El servicio de auxiliar de enfermería: i) constituye un apoyo en la realización de procedimientos calificados en salud, ii) es una modalidad de atención domiciliaria en las resoluciones que contemplan el PBS, iii) está incluido en el PBS en el ámbito de la salud, cuando sea ordenado por el médico tratante y iv) procede en casos de pacientes con enfermedad en fase terminal, enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida de conformidad con el artículo 66 de la Resolución 3512 de 2019.

27. En lo que respecta al servicio del cuidador, la jurisprudencia de la Corte destaca que: i) su función es ayudar en el cuidado del paciente en la atención de sus necesidades básicas, sin requerir instrucción especializada en temas médicos. ii) Se refiere a la persona que brinda apoyo físico y emocional en el cuidado de otra persona que sufre una enfermedad grave, congénita, accidental o como consecuencia de su avanzada edad, que depende totalmente de un tercero, sin que ello implique la sustitución del servicio de atención paliativa o atención domiciliaria a cargo de las EPS. iii) Se trata de un servicio que debe ser brindado principalmente por los familiares del paciente, en atención a un primer nivel de solidaridad que corresponde a los parientes de un enfermo. Sin embargo, excepcionalmente una EPS podría estar obligada a prestar el servicio de cuidadores con fundamento en el segundo nivel de solidaridad para con los enfermos en caso de que falle el primer nivel por ausencia o incapacidad de los familiares y cuando exista orden del médico tratante, como se explica a continuación.

(...)

29. Frente a este contexto, la jurisprudencia constitucional ha sostenido que, como una medida de carácter excepcional, la EPS deberá prestar el servicio de cuidador cuando se cumplan dos condiciones: (1) exista certeza médica sobre la necesidad del paciente de recibir este servicio; y (2) la ayuda como cuidador no pueda ser asumida por el núcleo familiar del paciente, por ser materialmente imposible. Por imposibilidad material se entiende que el núcleo familiar del paciente: (i) no cuenta con la capacidad física de prestar las atenciones requeridas, por falta de aptitud en razón a la edad o a una enfermedad, o porque debe suplir otras obligaciones básicas, como proveer los recursos económicos básicos de subsistencia. (ii) Resulta imposible brindar el entrenamiento adecuado a los parientes encargados del paciente. Y (iii) carece de los recursos económicos necesarios para asumir el costo de contratar la prestación del servicio.

30. En conclusión, para prestar cuidados especiales a un paciente en su domicilio es necesario verificar: (i) una orden proferida por el profesional de la salud, si se trata del servicio de enfermería, y (ii) en casos excepcionales si el paciente requiere el servicio de cuidador y este no puede ser garantizado por su núcleo familiar por imposibilidad material, es obligación del Estado suplir dicha carencia y en tales casos se ha ordenado a las EPS suministrar el servicio para apoyar a las familias en estas excepcionales circunstancias, cuando el cuidador sea efectivamente requerido”.

b.- Respecto a los planes adicionales de salud, como el de medicina prepagada, en el marco del Sistema General de Seguridad Social, ha dicho la Corte Constitucional:

“7.1.4. En el caso de los planes de medicina prepagada, los artículos 169 de la Ley 100 de 1993 – modificada por la Ley 1438 de 2011- y 18, 19 y 20 del Decreto 806 de 1998, junto con los Decretos 1570 de 1993 - modificado por el Decreto 1486 de 1994- y 1222 de 1994, regulan su régimen legal. El numeral 1º del artículo 1º del Decreto 1570 de 1993 -modificado-, indica que la medicina prepagada es el sistema organizado y definido por las entidades autorizadas por la ley, “para la gestión de la atención médica, y la prestación de los servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”.

En ese sentido, la Sentencia T-699 de 2004 indicó que los dos supuestos fundamentales que gobiernan la medicina prepagada son: “(1) El ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada dentro del marco constitucional y legal; y (2) la prestación del servicio público de salud, lo cual exige la intervención, vigilancia y control del Estado, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, para precisar sus fines, alcances y límites”.

Explica la Corte en la Sentencia T-140 de 2009 que “la medicina prepagada resulta ser un Plan Adicional de Atención en salud que hace parte del sistema de seguridad social en salud y que se suministra, dentro de un esquema de contratación particular y voluntaria, con recursos distintos de las cotizaciones obligatorias de la seguridad social. El usuario que tiene la capacidad económica para acceder voluntariamente al pago de una protección mayor en salud, -respecto de sí mismo y su núcleo familiar-, contrata entonces de manera privada con una entidad de medicina prepagada, el acceso a servicios de salud, que se sugieren como de mayor cobertura o calidad, frente al plan básico



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

(P.O.S.) entregado por las E.P.S". Adicionalmente, se trata de una actividad que maneja recursos captados del público y, por tanto, se encuentra bajo el control y vigilancia del Estado a través de la Superintendencia Nacional de Salud, tal y como lo establece el numeral 15 del artículo 7 del Decreto 2462 de 2013, que precisa las funciones del Despacho del Superintendente".¹

c.- Caso concreto:

Dispone en el numeral 1° del artículo 6° del Decreto 2591 de 1991, que la acción de tutela es improcedente cuando existan otros medios de defensa judicial, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, por lo tanto, el Juez Constitucional debe remitirse a evaluar la eficacia e idoneidad de otro medio de defensa judicial, considerando la situación particular del accionante, sin perder de vista la inminencia y gravedad del riesgo al que se encuentra sometido y la posibilidad de que otros medios judiciales ordinarios son útiles para poner fin a la amenaza.

Atendiendo lo anterior debe advertirse que en inicio el problema suscitado es un tema meramente contractual, dado que es la cobertura del plan de medicina prepagada que tiene la accionante, lo que en inicio imposibilitaría que COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA autorice el procedimiento COLPOPEXIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT.

No cabe duda que en inicio la tutela no es el mecanismo llamado a resolver sobre dicha controversia, dado que es competencia de la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil la resolución de dichos conflictos, sin embargo, en el caso bajo estudio tenemos que la accionante es una persona de 72 años, es decir, una adulta mayor y, por tanto; sujeto de especial protección conforme lo ha decantado la jurisprudencia constitucional en sentencias como la T-066 de 2020, en la que precisó:

5. Los adultos mayores como sujetos de especial protección constitucional. Reiteración de jurisprudencia

Los artículos 13 y 46 de la Constitución Política reconocen como elemento fundamental del Estado Social de Derecho, la necesidad de otorgar una especial protección a ciertos sujetos que, por sus condiciones de manifiesta vulnerabilidad, pueden ver restringidas sus posibilidades en la consecución de una igualdad material ante la Ley. En ese orden, ha considerado la propia jurisprudencia constitucional que los adultos mayores deben ser considerados como sujetos de especial protección constitucional en tanto integran un grupo vulnerable de la sociedad dadas las condiciones físicas, económicas o sociológicas que los diferencian de los otros tipos de colectivos.

Sobre el particular, ha estimado este Tribunal que los cambios fisiológicos atados al paso del tiempo pueden representar para quienes se encuentran en un estado de edad avanzada un obstáculo para el ejercicio y la agencia independiente de sus derechos fundamentales en relación con las condiciones en que lo hacen las demás personas. Todo esto, ha precisado la jurisprudencia, no supone aceptar que las personas de la tercera edad sean incapaces, sino que, en atención a sus condiciones particulares pueden llegar a experimentar mayores cargas a la hora de ejercer, o reivindicar, sus derechos. Al respecto, señaló la Corte en sentencia T-655 de 2008 lo siguiente:

"(...) si bien, no puede confundirse vejez con enfermedad o con pérdida de las capacidades para aportar a la sociedad elementos valiosos de convivencia, tampoco puede perderse de vista que muchas de las personas adultas mayores se enfrentan con el correr de los años a circunstancias de debilidad por

¹ Corte Constitucional, Sentencia T-507 de 2017.



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

causa del deterioro de su salud, motivo por el cual merecen estas personas una protección especial de parte del Estado, de la sociedad y de la familia, tal como lo establece el artículo 46 de la Constitución Nacional”.

Bajo esa línea, resulta imprescindible que el Estado disponga un trato preferencial para las personas mayores con el fin de propender por la igualdad efectiva en el goce de sus derechos. En miras de alcanzar dicho propósito, se requiere la implementación de medidas orientadas a proteger a este grupo frente a las omisiones o acciones que puedan suponer una afectación a sus garantías fundamentales, generando espacios de participación en los que dichos sujetos puedan sentirse incluidos dentro de la sociedad y puedan valorarse sus contribuciones a la misma. En palabras de la Corte:

“(…) la tercera edad aparea ciertos riesgos de carácter especial que se ciernen sobre la salud de las personas y que deben ser considerados por el Estado Social de Derecho con el fin de brindar una protección integral del derecho a la salud, que en tal contexto constituye un derecho fundamental autónomo”.

Por tales razones, la Corte reitera que los adultos mayores no pueden ser discriminados ni marginados en razón de su edad, pues además de transgredir sus derechos fundamentales, se priva a la sociedad de contar con su experiencia de manera enriquecedora”.

Ahora bien, cabe destacar que mediante numerosos pronunciamientos en la materia, esta Corporación ha hecho especial hincapié en que la condición de sujetos de especial protección constitucional en lo que respecta a los adultos mayores adquiere mayor relevancia cuando: (i) los reclamos se hacen en el plano de la dignidad humana, o (ii) está presuntamente afectada su “subsistencia en condiciones dignas, la salud, el mínimo vital entre otros. Así, le corresponde a las autoridades y, particularmente, al juez constitucional obrar con especial diligencia cuando se trate de este tipo de personas, pues, en atención a sus condiciones de debilidad manifiesta, resulta imperativo aplicar criterios eminentemente protectivos a favor de las mismas.

Lo anterior, aseguró esta Corporación mediante sentencia T-252 de 2017 hará posible que los adultos mayores “(…) dejen de experimentar situaciones de marginación y carencia de poder en los espacios que los afectan. Ello debe verse como un resultado de la materialización del artículo 46º de la Constitución y de los deberes de solidaridad que se encuentran en cabeza del Estado, las familias y los ciudadanos, responsables de suplir las necesidades que adquieren los adultos mayores por el paso natural de los años”. En este orden, insistió la Corte mediante la aludida providencia que las instituciones deben procurar “(…) maximizar la calidad de vida de estas personas, incluyéndolas en el tejido social y otorgándoles un trato preferencial en todos los frentes. Conforme a lo expuesto, el ordenamiento jurídico interno e internacional se han venido adaptando para dar mayor participación a los miembros de este grupo especial y crear medidas de discriminación positiva en su beneficio”. (Negrilla y subrayado fuera de texto)

Dada su condición de adulta mayor, este Juez constitucional de dará paso a analizar la controversia contractual, advirtiendo de entrada que no es factible ordenar a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA autorice el procedimiento COLPOPEXIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT que solicita la accionante, sin embargo, esto no es óbice para que, si la accionante lo considera, ventile su discrepancia ante el juez natural.

Según lo previsto en el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, sustituido por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, los planes voluntarios de Salud se definen de la siguiente manera:

“Artículo 37. Planes Voluntarios de Salud. Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:

“Artículo 169. Planes Voluntarios de Salud. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tales Planes podrán ser:

169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud.

169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.

169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud". (Subrayado fuera de texto).

Puede decirse entonces que estos planes voluntarios de salud son un conjunto de servicios y beneficios a los cuales cualquier persona puede acceder de forma voluntaria, y su naturaleza Jurídica es la de contratos que se rigen por el derecho privado.

Al respecto la Corte Constitucional en providencias como la T-263 de 2020, ha indicado que las entidades de medicina prepagada solo están sujetas al acuerdo de voluntades suscrito con el usuario.

"Al respecto de esta carga de orientación, es preciso hacer referencia a si la misma es exigible a las entidades de medicina prepagada, las cuales, al prestar servicios complementarios, en principio, solo están sujetas al alcance dado por los acuerdos de voluntades suscritos con el usuario. Para tal efecto, cabe anotar que las compañías de medicina prepagada hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y son prestadoras de "un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde al Estado". En este entendido, la relación entre el usuario y la compañía es eminentemente privada, con algunas dimensiones públicas por cuanto involucra la garantía de derechos fundamentales del contratante. En ese entendido, es que la Corte ha realizado una aplicación analógica de algunos principios que rigen la prestación del Plan de Beneficios en Salud a la medicina prepagada, cuando ello no afecta la naturaleza contractual de adhesión, bilateral y onerosa. Tal aplicación extensiva se fundamenta en el principio de buena fe contractual y confianza mutua entre los contratantes."

Bajo esta línea, en este tipo de contratos, al tratarse de servicios complementarios, su alcance es susceptible de determinarse a través de un acuerdo de voluntades, en el que la empresa se encuentra obligada a proporcionar todo tratamiento médico no excluido de manera expresa.

Teniendo claro lo anterior, y descendiendo a revisar el contrato de prestación de servicios de salud que COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA suscribió con la accionante (HUMANA PLUS 0116000430258) se tiene en la CLÁUSULA V un listado enunciativo de servicios en el que no se encuentran procedimientos quirúrgicos con asistencia robótica.

Ahora, continuando con la lectura de las disposiciones del contrato, se encuentra en la CLAUSULA VII lo siguiente:



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

en el numeral 2 de esta cláusula, siempre y cuando no sean patológicas preexistentes y/o excluidas.
ORIENTACIÓN MÉDICA 24 HORAS: Se prestará el servicio por un grupo de médicos, los cuales orientarán sobre las diferentes conductas médicas a tomar de acuerdo a lo requerido en cada caso.

CLÁUSULA VI.- REQUERIMIENTOS PARA QUE EL COSTO DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SEA ASUMIDO POR COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA

- 1. LUGAR:** La prestación de servicios a los Usuarios, se hará por intermedio de los médicos y entidades que estén inscritos en COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, en el sitio donde preste sus servicios. El CONTRATANTE ha sido enterado a la firma de este CONTRATO sobre los lugares en donde se presta el servicio. Ni el CONTRATANTE ni los Usuarios pueden exigir que los servicios se presten en lugares diferentes a los establecidos.
- 2. PERSONAL MÉDICO:** Los servicios médicos objeto del presente CONTRATO serán prestados en forma exclusiva por los profesionales pertenecientes al grupo médico inscrito en COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA por consiguiente, ésta no cubrirá gasto alguno por los servicios y los tratamientos prescritos o realizados por facultativos y/o entidades no inscritos salvo en los casos contemplados para urgencias.
- 3. SERVICIO MÉDICO Y DE HOSPITALIZACIÓN POR URGENCIAS:** COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, garantizará que el servicio de urgencias sea prestado en una institución inscrita o con la que exista convenio, a nivel nacional. El médico que atienda un caso en desarrollo del servicio, será quien diagnostique la afección que sufre el Usuario y decidirá si el tratamiento a seguir debe ser ambulatorio o si precisa hospitalización.
- 4. HOSPITALIZACIÓN O PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALES:** Se realizarán conforme al Plan Médico anexo a este CONTRATO. En estos casos se requerirá previa autorización por parte del Departamento Médico de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, mediante solicitud escrita de un médico inscrito en COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA.

CLÁUSULA VII.- EXCLUSIONES

En virtud del presente CONTRATO COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA NO asume los costos por la prestación de los servicios en los casos considerados como EXCLUSIONES y que en documento anexo forman parte integral de este CONTRATO.

CLÁUSULA VIII.- RESPONSABILIDAD DERIVADA DEL PAGO DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES

Para los efectos de los pagos por los servicios que COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA ofrece a los Usuarios en desarrollo del presente CONTRATO, las relaciones médico-paciente o paciente-institución, se establecen previo el cumplimiento de las condiciones aquí previstas pero se desarrollan con plena autonomía científica, técnica y administrativa por parte de los médicos o entidades inscritas en COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA que no depende de ésta y por ello los actos médicos o los que prestan los servicios hospitalarios o de apoyo son ejecutados con total independencia de COLMÉDICA MEDICINA

MEDICINA PREPAGADA pueda autorizar el fraccionamiento de su valor total en forma semestral, trimestral o mensual con su correspondiente ajuste y establecer el monto de las cuotas a que haya lugar en cada caso. La modificación de la forma de pago convenida, solamente podrá efectuarse de común acuerdo entre el CONTRATANTE y COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, y se realizará por escrito en documento anexo que forma parte integral de este CONTRATO. COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA determina de acuerdo a sus criterios el valor anual del CONTRATO para cada caso.

2. En caso que COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA y el CONTRATANTE acuerden una forma de pago diferente a la de anualidad, la primera cuota se hará efectiva a la firma del presente CONTRATO y las restantes por mensualidad, trimestralidad o semestralidad anticipadas. En caso de incumplimiento en las fechas pactadas, el CONTRATANTE pagará intereses por mora del máximo permitido, siempre y cuando no sobrepase el máximo legal. En el evento de terminación anticipada del contrato, el CONTRATANTE deberá cancelar de inmediato las sumas que adeude hasta ese momento por cualquier concepto a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA. COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA procederá a devolver la cantidad que no se hubiera causado, previa deducción del 20% de esta suma, por costos administrativos.

CLÁUSULA XI.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O USUARIO

1. El CONTRATANTE se obliga a informar a los Usuarios del CONTRATO, de los mecanismos establecidos por COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA para garantizar el pago de los servicios.
2. El CONTRATANTE y/o Usuario está obligado a suministrar de manera veraz, la información en la solicitud de afiliación, la cual ratifica con la firma de este documento.
3. CARNÉ DE IDENTIFICACIÓN Y UNIDADES DE PAGO DIRECTO: COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA expedirá al CONTRATANTE y Usuarios del presente CONTRATO, los carnés de identificación para ser atendidos. Para los colectivos, la empresa contratante deberá realizar la devolución a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA de los carnés de los Usuarios que hayan terminado el CONTRATO. En caso de ser extraviado deberá notificarse a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, con copia del denuncia correspondiente, o de lo contrario responderá por el uso indebido del mismo.
4. TRÁMITE: Para tramitar la prestación de los servicios, el CONTRATANTE y/o Usuario deberá pagar al médico y/o entidad que preste los servicios, por cada uno de éstos, las UNIDADES DE PAGO DIRECTO requeridas para cada caso y presentar el carné de afiliación vigente y el documento de identificación. En los casos de hospitalización, el Usuario deberá anexar además, la orden del médico especialista que lo atiende en dicho caso, y la autorización de servicios expedida por el Departamento Médico de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, así mismo, el CONTRATANTE y/o Usuario deberá entregar al médico o entidad que preste los servicios, por cada uno de éstos, las UNIDADES DE PAGO DIRECTO requeridas para cada caso.
5. CAMBIO DE DOMICILIO DEL CONTRATANTE: En el caso de cambio de domicilio El CONTRATANTE o Usuario deberá notificarlo por escrito a COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA.

Por lo que al dirigir el estudio hacia dicho anexo de exclusiones se observa:

15. Prestación de servicios por parte de médicos y otros profesionales de la salud, o entidades que no se encuentren inscritas en COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, o que se presten sin el previo cumplimiento de los requisitos establecidos para ello.
16. Servicios médico-asistenciales, por fuera de los lapsos de cobertura establecidos para cada caso en este contrato.
17. Servicios médico-asistenciales, no determinados o previstos dentro de la cobertura del presente contrato.
18. Enfermedad profesional.
19. Enfermedades epidémicas así declaradas por entidades sanitarias.
20. Procedimientos y hospitalización a causa de una urgencia, derivada por afecciones excluidas.
21. Procedimientos odontológicos no establecidos en el plan médico establecido.
22. Elementos para suministro de oxígeno intra y extrahospitalarios, oxigenoterapia ambulatoria.
23. Órganos y demás elementos utilizados para trasplante.
24. Radiofármacos, así como cualquier tipo de droga y/o elementos que no sean de fabricación y distribución nacional.
25. Drogas y sustancias radiopacas, utilizadas ambulatoriamente.
26. Cirugía refractiva.
27. Toda prestación de salud cubierta por algún tipo de póliza de seguro, sea esta obligatoria o voluntaria.
28. Toda prestación de salud y/o hospitalización derivada del estado de coma irreversible y/o de la muerte cerebral.

A la luz de lo anterior, no habría lugar a emitir orden alguna en cabeza de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA, máxime si se tiene en cuenta que el procedimiento asistido por robot no se encuentra determinado a previsto dentro de la cobertura del contrato celebrado con la accionante y, por tanto; se encuentra excluido.

En este punto cabe resaltar que la empresa de medicina prepagada autorizó el servicio médico requerido, sin la asistencia robótica, lo cual representa una protección a los derechos de la accionante y no una denegación como lo afirma esta última en su demanda.

Ahora bien, aduce la accionante e impugnante que su Entidad Promotora de Salud; ALIANSALUD EPS S.A. hace parte del grupo empresarial de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA y que por



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

tanto competaría a la primera garantizar el servicio médico ordenado, sin embargo, no le asiste razón, toda vez que, en efecto, tal y como lo informaron ambas entidades en el informe rendido en esta instancia, pertenecen al mismo grupo empresarial, empero, son autónomas e independientes, por lo que asumir tal postura y ordenar a ALIANSALUD EPS S.A. garantizar el servicio médico ordenado, por el simple hecho de pertenecen al mismo grupo empresarial de COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA llevaría a un equívoco.

No desconoce este Juez constitucional que el galeno; Mauricio Plata Salazar, quien ordenó el procedimiento COLPOPEXIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT, en el informe aquí rendido precisó las bondades de que dicha intervención contara con la asistencia robótica, sin embargo, tampoco puede dejarse de lado que el mismo no es un médico adscrito a la Entidad Promotora de Salud; ALIANSALUD EPS S.A.



Lo anterior, teniendo en cuenta que el procedimiento objeto de tutela, puede ser sustituido por la técnica convencional -COLPOPEXIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA-, es decir, que este último hace parte de las coberturas del PBS.

Sea importante manifestar que en la medida que la técnica de robótica no se encuentra incluida dentro del PBS, la solicitud no puede realizarse a través de la plataforma MIPRES, de conformidad con los lineamientos normativos.

No red adscrita

Nos permitimos reiterar que al revisar nuestros sistemas de información no se encontraron ordenes médicas puestas en conocimiento de Aliansalud EPS. Ahora bien, las prescripciones que obran en el expediente fueron emitidas por el doctor Mauricio Plata Salazar de la Fundación Santa Fe, por lo tanto, ni el doctor Plata ni la Fundación Santa Fe hacen parte de la red adscrita a Aliansalud EPS.

Expuesto lo anterior, es importante precisar que de conformidad con la normatividad vigente para acceder a los servicios especializados de salud es indispensable la remisión por medicina general, odontología general o por cualquiera de las especialidades definidas como puerta de entrada al sistema.

Principio de complementariedad y concurrencia

Al respecto la Corte Constitucional en sentencia T-508 de 2019 indicó:

“La vinculatoriedad del concepto emitido por un médico tratante no adscrito a la EPS

20. La Corte Constitucional ha señalado que, en principio, la opinión del médico tratante adscrito a la EPS constituye el principal criterio para determinar los insumos y servicios que requiere un individuo, en tanto esta es la “(...) persona capacitada, con criterio científico y que conoce al paciente”, aun cuando este no se encuentre adscrito a la entidad promotora de salud. No obstante, esta Corporación también ha señalado que ese criterio no es exclusivo, pues en ciertos eventos lo prescrito por un galeno particular puede llegar a ser vinculante para las entidades prestadoras del servicio de salud.

21. En este sentido, este Tribunal ha sostenido que “(...) para que proceda esa excepción se requiere, como regla general, que exista un **principio de razón suficiente** para que el paciente haya decidido no acudir a la red de servicios de la entidad a la que se encuentre afiliado”. Adicionalmente, la jurisprudencia constitucional ha tenido la oportunidad de puntualizar cuáles son los parámetros optativos que determinan la vinculatoriedad de las órdenes proferidas por un profesional de la salud que no hace parte de la entidad a la que se encuentra afiliado el usuario. Veamos:



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

(i) La EPS conoce la historia clínica particular de la persona y al conocer la opinión proferida por el médico que no está adscrito a su red de servicios, no la descarta con base en información científica.

(ii) Los profesionales de la salud adscritos a la EPS valoran inadecuadamente a la persona que requiere el servicio.

(iii) El paciente ni siquiera ha sido sometido a la valoración de los especialistas que sí están adscritos a la EPS.

(iv) La EPS ha valorado y aceptado los conceptos rendidos por los médicos que no están identificados como “tratantes”, incluso en entidades de salud prepagadas, regidas por contratos privados.

De ese modo, cuando se configura alguna de esas hipótesis el concepto médico externo vincula a la entidad promotora de salud y la obliga a “(...) confirmarlo, descartarlo o modificarlo con base en consideraciones suficientes, razonables y científicas, adoptadas en el contexto del caso concreto. Tal resultado también puede darse como resultado (sic) del concepto de uno o varios médicos adscritos a la EPS”.

22. Bajo esa perspectiva, este Tribunal ha concluido que una EPS vulnera el derecho fundamental a la salud de una persona cuando niega el acceso a un servicio o a un procedimiento médico tan solo bajo el argumento de que fue prescrito por un profesional de la salud que no integra su red de servicios, y a pesar de que:

“(i) Existe un concepto de un médico particular; || (ii) Es un profesional reconocido que hace parte del Sistema de Salud; || (iii) La entidad no ha desvirtuado dicho concepto, con base en razones científicas. Por ello debe estudiarse cada caso específico, momento en el cual el juez de tutela debe someter a evaluación profesional dicho concepto a fin de establecer su pertinencia desvirtuándolo, modificándolo o corroborándolo”.

Pues bien, dicho lo anterior, no emana de las pruebas aportadas que exista un principio de razón suficiente para que la accionante haya decidido no acudir a la red de servicios de la entidad a la que se encuentra afiliada, esto es, a la red de ALIANSALUD EPS S.A., así como tampoco se extrae que se configure alguna de las hipótesis antes trazadas por el Alto Tribunal Constitucional para que el concepto médico del Dr. Mauricio Plata Salazar vincule a la entidad promotora de salud y la obligue a garantizar lo ordenado por este.

Ahora, en vista de lo anterior y en aras de garantizar los derechos deprecados por la accionante, los cuales no se han visto vulnerados a criterio de este Despacho, se revocará el fallo de instancia para ordenar a ALIANSALUD EPS S.A., asigne a la accionante cita con el especialista de urología adscrito a su red prestadora de servicios, a efectos que sea este quien valore y determine el procedimiento para el tratamiento de la patología de: “Prolapso cúpula vaginal después de Histerectomía con enterocele que arrastra vejiga y recto con fascias de mala calidad o inexistentes.”

De igual forma, dado que existe un criterio médico que no puede pasarse por alto, que es el del galeno Mauricio Plata Salazar, quien ordenó el procedimiento COLPOPEXIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT, en caso de que el criterio del Urólogo adscrito a la red prestadora de servicios de ALIANSALUD EPS S.A. sea diferente al del Dr Plata Salazar, se ordenará a dicha EPS la conformación de una junta médica que determine el procedimiento más conveniente y adecuado para la accionante, esto es si el asistido por robot o el convencional.



Juzgado Diecisiete Civil del Circuito de Bogotá, D.C.

Carrera 10 No 14 – 15 piso 15 – Telefax: 282 0030 – Bogotá – Colombia
Correo: ccto17bt@cendoj.ramajudicial.gov.co

En consecuencia, el Juzgado Diecisiete (17) Civil del Circuito de Bogotá D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley.

RESUELVE:

PRIMERO: REVOCAR el fallo impugnado, para en su lugar **AMPARAR** los derechos a la salud y seguridad social de la accionante.

SEGUNDO: ORDENAR a ALIANSALUD EPS S.A., que, en el término de veinticuatro (24) horas contadas a partir de la notificación de la presente decisión, asigne a la accionante; **MARÍA EUGENIA BAENA DE ERAZO**, cita con el especialista de urología adscrito a su red prestadora de servicios, a efectos que sea este quien valore y determine el procedimiento para el tratamiento de la patología de: *“Prolapso cúpula vaginal después de Histerectomía con enterocele que arrastra vejiga y recto con fascias de mala calidad o inexistentes.”*

TERCERO: ORDENAR a ALIANSALUD EPS S.A., que una vez tenga conocimiento del procedimiento ordenado bajo el criterio del Urólogo adscrito a su red prestadora de servicios y si este difiere al del Dr Plata Salazar, esto es; COLPOPEXIA ABDOMINAL POR LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT, se conforme de manera inmediata junta médica que determine el procedimiento más conveniente y adecuado para la accionante y, posterior a ello, proceda sin mayor dilación a autorizar el procedimiento que se prescriba como definitivo.

CUARTO: CONFIRMAR en todo lo demás el fallo impugnado.

QUINTO: REMITIR el expediente a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

SEXTO: NOTIFICAR la decisión por el medio más expedito.

Notifíquese,

CESAR AUGUSTO BRAUSÍN ARÉVALO
JUEZ

AQ.