



Rama Judicial  
Consejo Superior de la Judicatura  
República de Colombia

Consejo Superior de la Judicatura  
Consejo Seccional de la Judicatura del Atlántico  
Juzgado Décimo Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías

SIGCMA

Barranquilla, treinta (30) de Septiembre de dos mil veintiuno (2021).

Asunto: **ACCIÓN CONSTITUCIONAL DE TUTELA.**

Radicado: No. 2021-00111-00.

Accionante: GINA EDITH GIHA HERNANDEZ

Accionada: MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS

**OBJETO A DECIDIR:**

Procede el Despacho a decidir dentro del presente procedimiento de tutela que invocara la señora GINA EDITH GIHA HERNANDEZ, identificada con cédula de ciudadanía No.32.711601, en nombre propio contra la entidad MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS, a fin de que se le protejan los derechos que considera vulnerados, consagrados en nuestra Constitución Política, como es el derecho fundamental salud, vida en condiciones dignas y seguridad social.

**H E C H O S:**

La accionante GINA EDITH GIHA HERNANDEZ, mediante escrito presentado a este despacho, manifiesta:

- Que es usuaria de la EPS SANITAS desde el día 11 de abril de 2018, fecha en que realizó la respectiva afiliación.
- Que el día 30 de marzo de 2020, tuvo cita de control con la reumatóloga Dra. Erika Marcela Padilla de la EPS Sanitas, ya que padece de ARTRITIS REUMATOIDEA, donde le manifestó que empezó a observar una lesión en el pezón derecho. Por lo anterior, le prescribió DICLOXACILINA.
- Que al no ver mejoría solicitó una cita con médico general que le fue ordenada el 15 de abril de 2020 con el Dr. Jesús Isaquita, ya que empezó a notar que de su seno derecho salía una secreción y un sangrado, por lo que le diagnosticó una DERMATITIS ALÉRGICA. Por ende, le recetó DICLOXACILINA. Cabe resaltar que le ordenó una ecografía para revisar con profundidad lo anterior.
- Que el día 24 de abril de 2020, volvió a consulta con el mismo médico debido que contaba con la ecografía realizada el 17 de abril de 2020 cuyo resultado indicaba "PROTESIS MAMARIA BILATERALES INTEGRAS, CATEGORIA BI-RADS I." (estudio mamográfico normal) por lo anterior, y al no observar mejoría alguna ordenó un examen de mamografía cuya lectura es "NEGATIVA PARA LESIONES SOSPECHOSA", de fecha 19 de mayo de 2020.

- Que al pasar los meses y ver que la secreción en el seno persistía el 9 de junio de 2020 tuvo cita por tele consulta con el mismo médico general en el que él solicitó "EXAMEN DIRECTO DE CUALQUIER MUESTRA", que tuvo como resultado COCOS GRAM POSITIVO (en términos generales una bacteria en el seno), de fecha 10 de julio de 2020.
- Que de ahí en adelante asistió periódicamente donde la reumatóloga Dra. Erika Marcela Padilla, en la que le trató el seno como si el diagnóstico fuese una infección, pero debido al recurrente sangrado, secreción y no mejoría, le remitió al departamento de infectología en septiembre de 2020.
- Que la EPS SANITAS le autorizó la cita con la Dra. Martha Cervantes quién diagnosticó STAPHYLOCOCCUS AUREUS, lo anterior sin realizarle exámenes diferentes a los ya practicados.
- Que debido a la no mejoría del seno, la médica anterior le remitió a MASTOLOGÍA, y como presentaba un brote en los glúteos, también le remitió a DERMATOLOGÍA el 4 de mayo de 2021 por medio de una teleconsulta.
- Que SANITAS le autorizó cita con la dermatóloga Karen Chavez el 19 de mayo de 2021, y esta sugiere que se practiqué una biopsia de piel en pezón derecho para esclarecer el diagnóstico original que causaba la secreción y el sangrado.
- Que el 1 de julio de 2021, suscribió contrato de afiliación No. 10108093028 con la prepagada COLSANITAS, lo anterior, por su diagnóstico de ARTRITIS REUMATOIDEA.
- Que es importante resaltar, que no le realizaron exámenes de ingreso y le enviaron una carta de preexistencias el día 12 de julio de 2021 que indicaban las siguientes enfermedades, ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA-TRASTORNO DE ANSIEDAD- HIPOTIROIDISMO y COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA.
- Que seguidamente, el día 12 de julio de 2021 y por remisión de la médica Martha Cervantes asistió a su cita con el mastólogo ADOLFO VILLALOBOS, quién diagnostica ECTASIA DE CONDUCTO MAMARIO.
- Que el día 3 de agosto de 2021 atendiendo la orden de biopsia prescrita por la Dra. Karen Chávez arrojó el diagnóstico de enfermedad de PAGET DE LA MAMA (CANCER EN EL PEZÓN).

- Que preocupada por el diagnóstico anterior, inmediatamente solicitó cita con el oncólogo Dr. Carlos Cuello por medio de COLSANITAS, quien solicita que se realice y autorice cirugía de RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA Y RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO, cuya finalidad es extirpar el pezón y la areola, lo cual generó un impacto psicológico de inmediato en su vida.
- Que producto de lo anterior y a pesar del diagnóstico extremo brindado en el hecho anterior, solicitó la cirugía a COLSANITAS PREPAGADA, pero ésta negó el procedimiento quirúrgico el 13 de agosto de 2021, aduciendo lo siguiente: "PREEXISTENCIA NO CODIFICADA. USUARIA DE 55 AÑOS CON 1 MES DE ANTIGÜEDAD CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE ENFERMEDAD DE PAGET DE MAMA DERECHA (CARCINOMA IN SITU DE MAMA DERECHA); SINTOMATOLOGÍA HACE MAS DE 1 AÑO CONSISTENTE EN ULCERACIÓN PROGRESIVA DEL PEZÓN DERECHO CON SALIDA DE SECRECIÓN PERSISTENTE. A CONSULTADO POR EPS SANITAS EL DÍA 9 JUNIO 2020 DONDE HACE DIAGNÓSTICO DE OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA MAMA DERECHA Y EL 19 MAYO 2021 CONSULTA POR PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS DE MAMA DONDE ORDENAN BIOPSIA MAMA DERECHA PARA ESCLARECER DIAGNÓSTICO".
- Que lo anterior carece de verdad toda vez que como se puede apreciar, si bien en la EPS SANITAS desde hacía más de un año se encontraba asistiendo a controles, el diagnóstico de PAGET DE LA MAMA - CÁNCER, solo lo obtuvo el día 3 de agosto de 2021 - un mes después de afiliarse a la prepagada - y, además, de haber existido dicha preexistencia, la accionada hubiese negado la afiliación o le hubiese advertido de la misma, como si lo hizo con las enfermedades reportadas en el documento de preexistencias enviado al momento de la afiliación.
- Que el día 12 de agosto de 2021, decidió asistir a otro médico buscando una segunda opinión, por lo que le atendió el mastólogo Dr. Luis Felipe Arias, quien recomienda de manera urgente resonancia con contraste a realizarla en Sabbag Radiólogos, petición que también niega COLSANITAS aduciendo nuevamente preexistencia. Ese mismo día llega a su casa una carta notificando como preexistencia la enfermedad de PAGET DE MAMA, en la que hace apenas unos días es que había recibido el diagnóstico.
- Que como el examen a practicar era urgente, decidió cancelarla con sus propios recursos el día 27 de agosto de 2021, y el resultado arrojado en el mismo, arrojó "REALCE EN MÚLTIPLES REGIONES DE MAMA DERECHA DE ASPECTO SOSPECHOSO. CATEGORIA BI-RADS 4", por lo que se acercó nuevamente al Dr. Luis Felipe Arias, quien indicó que efectivamente la tenía que operar, con la diferencia que él solicita que en la cirugía se realice biopsia de ganglio linfático centinela con radiomarcación.

- Que por lo anterior y teniendo en cuenta que nunca ha existido la preexistencia aducida por COLSANITAS PREPAGADA - toda vez que el diagnóstico lo obtuvo posterior a la afiliación - el día 6 de septiembre de 2021 solicitó la aprobación del procedimiento quirúrgico RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON COLGAJO, BIOPSIA DE GANGLIO LINFATICO CENTINELA CON RADIOMARCACIÓN, MASTECTOMIAS SIMPLES UNILATERALES con necesidad de uso de gamasonda con el Dr. Luis F. Arias en la clínica porto azul, en el que tuvo respuesta a su solicitud *"No fue autorizada debido a preexistencia codificada CARCINOMA IN SITU DE LA MAMA, PARTE NO ESPECIFICADA. Se emitió orden para cita por cirugía de mama a través de EPS SANITAS el mes de agosto 2021 la cual está activa."*
- Que cabe aclarar que la accionante desea realizar los trámites por la prepagada debido que, si se realiza la cirugía por la EPS, la entidad tiene cirujanos limitados y en clínicas selectivas lo que le da temor debido al historial en el retraso de 17 meses del diagnóstico de una enfermedad tan delicada como es el CANCER. Mientras que por la prepagada estaría con el Dr. Luis Felipe Arias, un experto en MASTOLOGIA.
- Que el día 10 de septiembre de 2021 fue a cita con el Dr. Alberto Lacouture cirujano plástico experto en reconstrucción de mama, ya que los doctores Carlos Cuello y Luis Felipe Arias, le han asegurado que cuando la primera reconstrucción se realiza de manera inmediata con la mastectomía tiene un impacto positivo en la respuesta al tratamiento oncológico y una mejor actitud para enfrentar el proceso de enfermedad pues es parte del tratamiento integral.
- Concluye la accionante que cx es madre cabeza de hogar, con hijos recién egresados que no cuentan con recursos suficientes, no cuento con los recursos para costearse la cirugía y el post operatorio, que oscilan en 15 millones de pesos.

**Se aporta como pruebas al expediente, las siguientes:**

- Historia clínica evolución del seno.
- Contrato de afiliación a la EPS Sanitas.
- Contrato de afiliación a COLSANITAS.
- Carta notificación de preexistencias.
- Solicitudes negadas de operación por COLSANITAS.

**CONTESTACIÓN.**

Al corrérsele traslado de los hechos que motivaron la presente acción de tutela a la entidad accionada **MEDICINA PREPAGADA**

**COLSANITAS**, esta mediante escrito radicado a través del correo electrónico institucional [j10pmgba@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j10pmgba@cendoj.ramajudicial.gov.co) , el día 23 de septiembre de 2021, rinde sus descargos manifestando que:

Que la Entidad COLSANITAS S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA ha prestado todos los servicios solicitados por los médicos tratantes, siempre y cuando estén dentro del contrato establecido.

Que consideran importante resaltar que jamás han tenido intención alguna de incumplir con las obligaciones impuestas por la Ley y mucho menos han adelantado actuaciones que coloquen en riesgo los derechos fundamentales de la señora GINA EDITH.

Que es importante mencionar que dentro del marco del Sistema de Seguridad Social Integral, ante una eventual falta de cobertura por parte de COLSANITAS S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA, La señora GINA EDITH puede acceder a las prestaciones asistenciales contempladas en el Plan de Beneficios en Salud a través de su Entidad Promotora de Salud en este caso EPS SANITAS.

Que como petición principal solicitan de manera respetuosa que se declare que no ha existido vulneración alguna a los derechos fundamentales deprecados por la accionante, por los motivos expuestos y en consecuencia se DENIEGUE las pretensiones de la demanda de tutela.

Al corrérsele traslado de los hechos que motivaron la presente acción de tutela a la entidad VINCULADA **SANITAS E.P.S**, esta mediante escrito radicado a través del correo electrónico institucional [j10pmgba@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j10pmgba@cendoj.ramajudicial.gov.co) , el día 23 de septiembre de 2021, rinde sus descargos manifestando que:

Que la señora GINA EDITH se encuentra afiliada a EPS Sanitas S.A., en calidad de Cotizante Dependiente contando a la fecha con 128 semanas cotizadas al SGSSS. El Ingreso Base de Cotización es de \$908.526.

Que la señora GINA EDITH presenta diagnósticos clínicos de OTROS CARCINOMAS IN SITU DE LA MAMA, por lo que solicita mediante tutela que la COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A. "PRIMERO: SOLICITO QUE SE TUTELEN MIS DERECHOS FUNDAMENTALES A LA SALUD, LA VIDA Y DIGNIDAD HUMANA. SEGUNDO: ORDENE A COLSANITAS LA CIRUGÍA DE RECONSTRUCCIÓN DE MAMA UNILATERAL CON COLGAJO, BIOPSIA DE GANGLIO LINFÁTICO CENTINELA CON RADIOMARCACIÓN, MASTECTOMIAS SIMPLES UNILATERALES CON EL DR. LUIS FELIPE ARIAS, CON EL USO DE GAMASONDA EN LA CLÍNICA PORTO AZUL. TERCERO: SOLICITO QUE SE CUBRA LA CIRUGÍA PLÁSTICA POR PARTE DE COLSANITAS RECONSTRUCCIÓN DE MAMA DERECHA CON COLGAJO Y RECONSTRUCCIÓN DE MAMA IZQUIERDA CON PROTESIS GEL SILICONA ANATOMICA 240 CC."

Que a la señora GINA EDITH se le ha autorizado los siguientes servicios para la atención de su diagnostico: NORMAL 161922670 OFICINA VIRTUAL BARRANQUILLA 14/09/2021 EPS CLINICA LA ASUNCION IMPRESA APROBADA 890278 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ONCOLOGIA. NORMAL 161845307 OF BARRANQUILLA EPS 14/09/2021 EPS CLINICA LA ASUNCION IMPRESA APROBADA 890237 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA ONCOLOGICA. NORMAL 161435680 OFICINA VIRTUAL BARRANQUILLA 09/09/2021 EPS LABORATORIO NUEVO HORIZONTE COBRADA 902210 - HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO. NORMAL 159834044 OFICINA VIRTUAL BARRANQUILLA 23/08/2021 EPS LABORATORIO NUEVO HORIZONTE COBRADA 898101 - ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN BIOPSIA. NORMAL 159231683 BACK OFFICE SERVICIOS MÉDICOS 14/08/2021 EPS SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA SAS IMPRESA APROBADA 852201 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA NORMAL 159071040 CENTRAL AUT. BARRANQUILLA 12/08/2021 EPS SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA SAS IMPRESA APROBADA 883351 - RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA. NORMAL 159065871 CENTRAL AUT. BARRANQUILLA 12/08/2021 EPS CLINICA LA ASUNCION IMPRESA APROBADA 890232 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS. NORMAL 156767859 OFICINA VIRTUAL BARRANQUILLA 15/07/2021 EPS LABORATORIO NUEVO HORIZONTE COBRADA 904108 - PROLACTINA. NORMAL 156767858 OFICINA VIRTUAL BARRANQUILLA 15/07/2021 EPS CLINICA LA MERCED I P S IMPRESA APROBADA 890339CPO - CONSULTA DE CONTROL POR CIRUGIA PLASTICA ONCOLOGICA. NORMAL 156767857 OFICINA VIRTUAL BARRANQUILLA 15/07/2021 EPS CLINISANITAS BARRANQUILLA EPS COBRADA 881201 - ECOGRAFIA DE MAMA, CON TRANSDUCTOR DE 7 MHZ O MAS. NORMAL 156701919 BACK OFFICE SERVICIOS MÉDICOS 15/07/2021 EPS CRUZ VERDE SAS (BARRANQUILLA) IMPRESA APROBADA N03AX1601C04 - PREGABALINA 50MG CAP. NORMAL 156701918 BACK OFFICE SERVICIOS MÉDICOS 15/07/2021 EPS CRUZ VERDE SAS (BARRANQUILLA) IMPRESA APROBADA N03AX1601C04 - PREGABALINA 50MG CAP NORMAL 156581488 BACK OFFICE SERVICIOS MÉDICOS 14/07/2021 EPS CRUZ VERDE SAS (BARRANQUILLA) IMPRESA APROBADA N03AX1601C04 - PREGABALINA 50MG CAP. NORMAL 155441764 OFICINA VIRTUAL BOGOTA 29/06/2021 EPS CRUZ VERDE SAS (BARRANQUILLA) IMPRESA APROBADA L04AC0731C03 - TOCILIZUMAB 162MG/0.9ML SOL INY NORMAL 155435984 OFICINA VIRTUAL BOGOTA 29/06/2021 EPS CRUZ VERDE SAS (BARRANQUILLA) IMPRESA APROBADA L04AC0731C03 - TOCILIZUMAB 162MG/0.9ML SOL INY NORMAL 155245604 OFICINA VIRTUAL BOGOTA 28/06/2021 EPS CRUZ VERDE SAS (BARRANQUILLA) IMPRESA APROBADA L04AC0731C03 - TOCILIZUMAB 162MG/0.9ML SOL INY NORMAL 154877518 OFICINA VIRTUAL BARRANQUILLA 22/06/2021 EPS CLINICA LA ASUNCION COBRADA 890255 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MASTOLOGIA. NORMAL 154877517 OFICINA VIRTUAL BARRANQUILLA 22/06/2021 EPS UNIDAD DE URGENCIAS ALTO PRADO BARRANQUILLA IMPRESA APROBADA 890342 - CONSULTA DE CONTROL POR DERMATOLOGIA

Que también informan que la señora asistió a valoración por parte de la EPS SANITAS "El día 19/05/2021 - DERMATOLOGIA KAREN JULIET CHAVEZ CUAM. REG. MÉDICO. 22549012. ANÁLISIS: 1 SE INDICA BIOPSIA DE PIEL DE LESION EN PEZÓN DERECHO PATOLOGIA PARA ESCLARECER DIAGNOSTICO IDX ENFERMEDAD DE PAGET>? / ECCEMA DEL PEZÓN? 2. CLOTRIMAZOL CREMA 3. CLOTRIMAZOL SOLUCION."

Que es nuevamente valorada el día 01/07/2021 - DERMATOLOGIA KAREN JULIET CHAVEZ CUAM. REG. MÉDICO. 22549012. "ANÁLISIS: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y BAJO ANESTESIA LOCAL SE REALIZA BIOPSIA DE PIEL DE LESION EN PEZÓN DERECHO CON PUNCH 2 MM ESCASO SANGRADO SIN COMPLICACIONES. SE CUBRE LA HERIDA. SE ENVIA MUESTRA PARA ESTUDIO."

Que es valorada el día 13/09/2021 - REUMATOLOGIA ERIKA MARCELA PADILLA MARTINEZ. REG. MÉDICO. 36677570 ANÁLISIS PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISIÓN CON ENFERMEDAD DE PAGET DE LA MAMA REMITO A CIRUGÍA ONCOLOGICA Y A ONCOLOGÍA CLINICA. SUSPENDO TOCILIZUMAB HASTA NO TENER CONCEPTO DE ONCOLOGÍA Y CONTINUO CON ESTEROIDE A DOSIS BAJAS. CONTROL EN 30 DIAS POR REUMATOLOGÍA DEJO FORMULA DE TOCILIZUMAB POR PROCEDIMIENTO DE FARMACIA.

Que la usuaria ha sido valorada por CIRUGIA ONCOLOGICA en la CLINICA LA ASUNCION en dos ocasiones 12/07/2021 y 17/09/2021 con plan de tratamiento que le indican: Remisión a ONCOLOGIA CLINICA autorizado con el numero 161922670 OFICINA VIRTUAL BARRANQUILLA 14/09/2021 EPS CLINICA LA ASUNCION. La cita de oncología clínica se encuentra programada el día 6 de octubre 2:20 pm DR EDGAR SERRANO.

Que es de aclarar que desde 12/07/2021 fue vista en la CLINICA ASUNCION por el Doctor ADOLFO VILLALOBOS CIRUGIA ONCOLOGO ANALISIS paciente con implantes mamarios sin que aporte resultados de biopsia. ESTAS HISTORIAS REPOSAN EN LA TUTELA APORTADA POR LA USUARIA

Que el día 17/09/2021 El DR JUAN ALBERO ESPINOZA ESPECIALISTA EN CIRUGIA ONCOLOGICA LE ENVIA PLAN DE TRATAMIENTO "SUGIERO POR SER LA ENFERMEDAD DE PAGET DEL COMPLEJO PEZÓN AREOLA QUE SE PUEDE ASOCIAR A CARCINOMA DUCTAL INFILTRANTES O IN SITU Y EL NO ENCONTRAR RADIOLOGICAMENTE NI CLINICAMENTE ADENOPATIAS AXILARES SOSPECHOSAS UNA MASTECTOMIA SIMPLE INCLUYENDO PEZÓN AREOLA Y BIOPSIA GANGLIO CENTINELA PREVIA MARCACION CON MEDICINA NUCLEAR Y DETECCION DE ESTE GANGLIOINTRAOPERATORIAMENTE DETECCION CON EL EQUIPO DE GAMASONDA AMERITA VALORACION POR CIRUGIA PLASTICA PARA RECONSTRUCCION INMEDIATA CON O SIN PROTESIS Y RECONSTRUCCION COMPLEJO PEZÓN AREOLA "

Que estas estas órdenes la usuaria no las ha tramitado se adjunta historia clínica de esta valoración.

Que en el caso de la señora GINA EDITH la atención medica recibida con los profesionales Dr. CARLOS CUELLO MENDOZA CIRUJANO GENERAL Y ONCOLOGO Dr. JUAN FELIPE ARIAS BLANCO MASTOLOGO Y CIRUGIA DE MAMA y la CLINICA PORTO AZUL no pertenece a la red de EPS SANITAS, y que es de su conocimiento que COLSANITAS le rechazo la autorización de la cirugía por una preexistencia.

Que para la continuidad de la atención por medio de la EPS SANITAS se le autorizan a la usuaria los siguientes servicios:

1. NORMAL 159231683 BACK OFFICE SERVICIOS MÉDICOS 14/08/2021 EPS SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA SAS IMPRESA APROBADA 852201 - RESECCION DE CUADRANTE DE MAMA.
2. NORMAL 159071040 CENTRAL AUT. BARRANQUILLA 12/08/2021 EPS SOCIEDAD CLINICA IBEROAMERICA SAS IMPRESA APROBADA 883351 - RESONANCIA MAGNETICA DE MAMA.
3. NORMAL 159065871 CENTRAL AUT. BARRANQUILLA 12/08/2021 EPS CLINICA LA ASUNCION IMPRESA APROBADA 890232 - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR CIRUGIA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS

Que dentro del marco del Sistema de Seguridad Social Integral, ante una eventual falta de cobertura por parte de Planes Adicional de Salud, la señora GINA EDITH puede acceder a las prestaciones asistenciales contempladas en el Plan de Beneficios en Salud a través de la Entidad Promotora de Salud EPS SANITAS.

Que como petición principal solicitan de manera respetuosa que se declare que no ha existido vulneración alguna a los derechos fundamentales deprecados por la señora GINA EDITH GIHA HERNANDEZ por los motivos expuestos y en consecuencia que se DENIGUE la presente acción constitucional.

#### **CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS:**

##### **Competencia.**

Este despacho es competente para conocer de la presente acción, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 de la Constitución Política y en el Decreto 2591 de 1991.

##### **Problema jurídico planteado.**

Le corresponde en esta oportunidad al Despacho determinar si la entidad accionada MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS y la entidad vinculada SANITAS E.P.S le han vulnerado los derechos fundamentales a la vida y salud a la señora GINA EDITH GIHA HERNANDEZ, en razón de No autorizarle la cirugía de RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA Y RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO que fue precrita por los médicos adscritos a MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS.

Antes de abordar el análisis en concreto de la presente acción tomaremos de referencia jurisprudencias como: I. El alcance de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna. II. Los Planes Adicionales de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. III. Límites de los planes adicionales de salud en aplicación del principio de buena fe contractual y la protección del derecho a la salud. y IV. El análisis del caso concreto.

**I. El alcance de los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna. Reiteración de Jurisprudencia.-**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, *"la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (...) el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (...) considerada como una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad."*<sup>1</sup>

La Declaración Universal de Derechos Humanos, a su vez dispone que *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (...)"*<sup>2</sup>

Descendiendo a nuestro ordenamiento jurídico, el artículo 13 Superior consagra que el Estado debe adoptar las medidas necesarias para promover las condiciones de igualdad de grupos discriminados y marginados y proteger de manera especial a las personas que, por su condición de vulnerabilidad, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta<sup>3</sup>.

Igualmente, el artículo 48 Superior hace referencia al derecho a la salud y a la seguridad social, definiendo ésta última como *"... un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social (...)"*.

En desarrollo del mandato constitucional, el legislador expidió la Ley 100 de 1993, donde reglamentó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, sus fundamentos, organización y funcionamiento desde la perspectiva de una cobertura universal<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

<sup>2</sup> Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

<sup>3</sup> Constitución Política, art. 13.

<sup>4</sup> Artículo 152 de la Ley 100 de 1993.

La jurisprudencia constitucional ha señalado en muchas ocasiones que, de conformidad con el artículo 49 Superior, la salud tiene una doble connotación: como derecho y como servicio público<sup>5</sup>, precisando que todas las personas deben acceder a él, y que al Estado le corresponde organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación atendiendo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.<sup>6</sup>

En un principio, la Corte consideró, sobre la naturaleza del derecho, que el mismo era un derecho prestacional. Su carácter de fundamental dependía entonces, de su vínculo con otro derecho distinguido como tal - *tesis de la conexidad* -, y por tanto solo podía ser protegida por vía de tutela cuando su vulneración implicara la afectación de otros derechos de carácter fundamental, como el derecho a la vida, la dignidad humana o la integridad personal.

Posteriormente, la fundamentalidad del derecho a la salud fue establecida por la jurisprudencia de esta Corporación como un derecho autónomo, ante la necesidad garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales<sup>7</sup>.

Esta posición del Alto Tribunal fue analizada en la sentencia T-144 de 2008<sup>8</sup> donde se precisó:

*"Se trata entonces de una línea jurisprudencial reiterada por esta Corte<sup>9</sup>, la cual ha establecido que el derecho a la salud es un derecho fundamental, que envuelve como sucede también con los demás derechos fundamentales, prestaciones de orden económico orientadas a garantizar de modo efectivo la eficacia de estos derechos en la realidad. Bajo esta premisa, el Estado a través del Sistema de Seguridad Social en Salud, proporciona las condiciones por medio de las cuales sus asociados pueden acceder a un estado de salud íntegro y armónico.*

*Es por ello que esta Corporación ha precisado que la salud puede ser considerada como un derecho fundamental no solo cuando pelagra la vida como mera existencia, sino que ha resaltado que la salud es esencial para el mantenimiento de la vida en condiciones dignas...<sup>10</sup>*

*En conclusión, la Corte ha señalado que todas las personas sin excepción pueden acudir a la acción de*

---

<sup>5</sup> Sentencias T-134 de 2002 MP. Álvaro Tafur Galvis y T-544 de 2002 MP. Eduardo Montealegre Lynett.

<sup>6</sup> Sentencias T-207 de 1995 MP. Alejandro Martínez Caballero; T- 409 de 1995 MP. Antonio Barrera Carbonell y C-577 de 1995 MP. Eduardo Cifuentes Muñoz.

<sup>7</sup> Sentencias T-184 de 2011MP Luis Ernesto Vargas Silva.

<sup>8</sup> MP. Clara Inés Vargas Hernández.

<sup>9</sup> Ver T-227/03, T-859/03, T- 694/05, T-307/06, T-1041/06, T-1042/06, T-016/07, T-085/07, T-200/07, T-253/07, T-523/07, T-524-07, T-525/07, T-648/07, T-670/07, T-763/07, entre otras.

<sup>10</sup> Sobre el tema particular, consultar las sentencias: T-1384 de 2000, T-365A de 2006, entre muchas otras.

*tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud. Por tanto, todas las entidades que prestan la atención en salud, deben procurar no solo de manera formal sino también material la mejor prestación del servicio, con la finalidad del goce efectivo de los derechos de sus afiliados, pues la salud comporta el goce de distintos derechos, en especial el de la vida y el de la dignidad; derechos que deben ser garantizados por el Estado Colombiano de conformidad con los mandatos internacionales, constitucionales y jurisprudenciales."*

Pero fue en la sentencia T-760 de 2008<sup>11</sup> donde la Corte Constitucional sistematizó y compiló las reglas jurisprudenciales que esta corporación ha establecido sobre el derecho a la salud. En esta providencia se argumentó, al igual que en reiteradas oportunidades, que el derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo, y como tal, lo definió como un derecho complejo, que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. De allí que concluyó, que su ámbito de protección, no está delimitado por los planes obligatorios de salud, de manera que la prestación de un servicio de salud debe suministrarse aunque no esté incluido en dicho plan, cuando estos se requieren con necesidad, el cual puede comprometer en forma grave la vida digna de la persona o su integridad personal.

La citada sentencia señaló:

*"En tal sentido, el ámbito del derecho fundamental a la salud está delimitado por la dogmática constitucional, que reconoce los contenidos garantizados a las personas en virtud del mismo. El ámbito de protección, por tanto, no está delimitado por el plan obligatorio de salud. Puede existir un servicio de salud no incluido en el plan, que se requiera con necesidad y comprometa en forma grave la vida dignidad de la persona o su integridad personal.*

3.2.1.3. Así pues, considerando que "son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo", la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, 'de manera autónoma', cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen

---

<sup>11</sup> MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

derecho.<sup>12</sup> Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela.<sup>13</sup> La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo.<sup>14</sup>

De esta manera, se concluye que el derecho a la salud es un derecho fundamental de todos los habitantes del territorio nacional que debe ser respetado y protegido y, que puede ser invocado a través de la acción de tutela cuando resultare amenazado o vulnerado, para lo cual, los jueces constitucionales pueden hacer efectiva su protección y restablecer los derechos vulnerados.

## **II. Los Planes Adicionales de Salud en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

3.1. En desarrollo de la amplia facultad legislativa, el Congreso expidió la Ley 100 de 1993, mediante la cual organizó el Sistema de Seguridad Social Integral como un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, que está conformado por los regímenes generales establecidos para Pensiones, Salud, Riesgos Profesionales y los

---

<sup>12</sup> En la sentencia T-859 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett) se dice al respecto: “Así las cosas, puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias -, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General N°14. Lo anterior por cuanto se han definido los contenidos precisos del derecho, de manera que existe un derecho subjetivo claro a favor de quienes pertenecen a cada uno de los subsistemas –contributivo, subsidiado, etc.-. La Corte ya se había pronunciado sobre ello al considerar el fenómeno de la transmutación de los derechos prestacionales en derechos subjetivos. || 13. La naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en los términos del fundamento anterior, implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. No es necesario, en este escenario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de tutela: violación o amenaza de un derecho fundamental.” Esta decisión ha sido reiterada, entre otras, en las sentencias T-060 de 2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-148 de 2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto).

<sup>13</sup> Esta decisión ha sido reiterada en varias ocasiones, entre ellas en la sentencia T-076 de 2008 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-631 de 2007 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-837 de 2006 (MP Humberto Antonio Sierra Porto) en este caso la Corte consideró que “(...) tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. En consecuencia, no es necesario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de la acción de tutela (...)”. En este caso se tuteló el acceso de una persona beneficiaria del régimen subsidiado a servicios de salud incluidos en el POSS (Histerectomía Abdominal Total y Colporrafia posterior) pero cuya cuota de recuperación no podía ser cancelada por el accionante.

<sup>14</sup> Corte Constitucional, sentencia T-016 de 2007 (MP Antonio Humberto Sierra Porto) se autorizó la práctica de la cirugía plástica ordenada por el médico cirujano, con el propósito de extraer el queloide que tenía la menor beneficiaria de la tutela en el lóbulo de su oreja izquierda, aun cuando la función auditiva de la menor no se veía afectada. Para la Corte “[n]o se trata de una cirugía cosmética o superflua sino de una intervención necesaria y urgente recomendada por el médico cirujano y relacionada con la posibilidad de superar problemas de cicatrización que presenta la niña. (...) de manera que pueda recuperar su apariencia normal y restablecer de manera integral su salud.”

servicios sociales complementarios que se definen en la misma Ley.<sup>15</sup>

Concretamente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objeto regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de la población al servicio en todos los niveles de atención[1], bajo la estricta dirección, coordinación, vigilancia y control por parte del Estado, quien tiene la responsabilidad de garantizar una prestación eficiente del mismo[2]. Los colombianos pueden acceder al sistema de dos maneras: como afiliados, bien sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado, o como vinculados, que son aquellas personas que por falta de capacidad de pago y mientras logran ser beneficiarias del régimen subsidiado, tienen derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y privadas contratadas por el Estado[3].

3.2. La Ley 1438 de 2011 reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y estableció el artículo 1º que el objeto es "el fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia atención primaria en salud permita la acción coordinada del estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país".

El capítulo IV regula lo relacionado con los planes voluntarios de salud. Así, el artículo 37 que sustituye el 169 de la Ley 100 de 1993, prevé que dichos planes 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. 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 pueden 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.

---

<sup>15</sup> Sentencia T-346 del 2014 Magistrado Ponente: NILSON PINILLA PINILLA

169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud".

El artículo 38 de la Ley 1438 se refiere a la aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y las tarifas, en relación con las Entidades Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual registrará los planes, en un plazo no superior a treinta (30) días calendario y realizará verificación posterior

El artículo 40 ibídem señala que los Planes Voluntarios de Salud pueden cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud, tales como: servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y poshospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente, podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.

El artículo 41 indica que las entidades habilitadas para emitir planes voluntarios no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial. Las entidades que ofrezcan planes voluntarios de salud no podrán dar por terminado los contratos, ni revocarlos a menos que medie incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

3.3. Es importante precisar que la Ley 1438 de 2011 aun no ha sido reglamentada, por lo tanto realizando una remisión al Decreto 806 de abril 30 de 1998, "por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional", allí se precisa que los Planes Adicionales de Salud (PAS), se caracterizan porque (i) quienes los suscriben deben estar también afiliados al régimen contributivo en salud[4] y, por ello, reciben cubrimientos de algunos servicios no incluidos en el POS; (ii) la prestaciones de los servicios contratados se rigen exclusivamente por las cláusulas del contrato suscrito entre el usuario y la entidad, razón por la cual la relación surgida es eminentemente de derecho privado, aunque tenga ciertas dimensiones públicas, por cuanto involucra la garantía de derechos fundamentales del contratante; (iii) el usuario puede escoger libremente si acude a la EPS o al ente prestador del PAS para solicitar un servicio determinado que se encuentre incluido dentro de las obligaciones de éstas, sin que la entidad que elija para tal efecto, pueda obligarlo a acudir previamente a la otra institución[5]; y (iv) la concepción del contrato radica en que su celebración se hace para la cobertura integral del servicio de salud, habida cuenta que solo se entienden excluidos los padecimientos del usuario

que previa, clara y taxativamente[6] se hayan señalado en las cláusulas del mismo o en sus anexos, sin que sea válido que con posterioridad la entidad pueda ampliar, unilateralmente, el catálogo de exclusiones. No obstante, en materia de pólizas de salud, el contrato limita su cobertura a los riesgos asegurados.

### **III. Límites de los planes adicionales de salud en aplicación del principio de buena fe contractual y la protección del derecho a la salud.**

5.1. 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. 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[13]; 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[14].

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.

De esa manera, la Corte ha establecido que para salvaguardar el derecho a la salud de los usuarios de todos los planes adicionales de salud, debe atenderse a los criterios que se explicaran a continuación.

5.2. 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, 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[15].

5.3. Antes de suscribir el contrato de medicina prepagada, las empresas deben realizar exámenes médicos lo suficientemente rigurosos[16], cuyo propósito es: (i) detectar los padecimientos de salud que constituyan preexistencias; (ii) determinar su exclusión expresa de la cobertura del contrato; y (iii) permitir que el usuario decida si bajo estas condiciones 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[17].

5.4. 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 febrero 19 de 1998, M. P. Hernando Herrera Vergara, esta corporación precisó:

“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 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.”

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, la Corte Constitucional ha expresado 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[18].

5.5. Las empresas prestadoras de servicios adicionales de salud deben dar cumplimiento estricto a todas las cláusulas del contrato suscrito con el usuario, 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. [19].

5.6. 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 nada se expresó en el contrato, frente a su exclusión o garantía. En los casos de duda respecto de la aplicación de esta subregla, la Corte Constitucional 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. [20].

5.7. 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.

5.8. 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.

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 mismo o en sus anexos como preexistencia o como exclusión, esta no puede ser oponible al afiliado como excusa para negarse a la prestación de un servicio.

5.9. 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 se adhiere o no[23].

Así, por ejemplo, en la sentencia T-171 de febrero 24 de 2003, M. P. Rodrigo Escobar Gil, 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". Esta corporación encontró que esta condición de particularidad hace que dicha cirugía "no pueda entenderse comprendida en la exclusión genérica de los tratamientos por obesidad".

En el fallo T-699 de julio 22 de 2004, M. P. Rodrigo Uprimny Yepes, la accionante 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 Constitucional consideró que esta cláusula era demasiado genérica y que, en consecuencia, no era oponible a la contratante, pues su aplicación conllevaba a la interrupción del servicio respecto de un amplia e indeterminable cantidad de patologías.

5.10. Por otra parte, en cuanto al primer problema jurídico que concierne a la presente acción de tutela, en la precitada 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.

En ese caso, fue aplicado el precedente jurisprudencial contenido en fallo T-089 de febrero 3 de 2005, M. P. Manuel José Cepeda Espinosa, donde la Corte revisó una acción formulada por una paciente de 64 años de edad, afiliada a la EPS del Seguro Social y beneficiaria de un contrato de medicina prepagada suscrito con Coomeva. El médico tratante ordenó el remplazo

total de rodilla izquierda mediante la implantación de una prótesis anatómica; al solicitar la autorización para el suministro de tal prótesis, la compañía de medicina prepagada informó que el contrato suscrito entre las partes excluye expresamente el cubrimiento de cualquier tipo de prótesis. La accionante expuso que la prótesis requerida oscilaba entre \$4'500.000 y \$6'000.000, suma que no estaba en capacidad de asumir ni ella ni su núcleo familiar.

Al analizar ese asunto, esta corporación concluyó que las compañías de medicina prepagada solo están obligadas a suministrar a sus usuarios los servicios médicos incluidos en el contrato que hayan celebrado con éstos, por lo que al estar expresamente excluido el suministro de prótesis ortopédicas en el inciso 12 de la cláusula 6 del texto negocial, el juez de tutela no puede ordenar su cobertura. Indicó que en esas circunstancias, los usuarios pueden acudir a la EPS a la que se encuentran afiliados en el régimen contributivo de salud, para que, de acuerdo con las reglas aplicables, esta entidad les garantice el acceso a los servicios médicos que requieran y que no se encuentren incluidos en el contrato de medicina prepagada. En ese orden de ideas, la Corte no evidenció una vulneración a los derechos fundamentales a la vida y a la salud de la accionante, toda vez que el contrato establecía un tope dinerario máximo para el suministro de prótesis ortopédicas.

5.11. En conclusión, 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 establecer su preciso alcance a la luz de los principios previamente establecidos.

#### **Análisis del Caso Concreto.**

En esta oportunidad la señora GINA EDITH GIHA HERNANDEZ en nombre propio, interpuso acción de tutela contra la entidad MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS y SANITAS E.P.S, por considerar que la entidad transgrede sus derechos fundamentales a la vida y salud, al No autorizarle la cirugía de "RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA Y RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO" la cual fue prescrita por los médicos adscritos en la PREPAGADA COLSANITAS, aduciendo que su patología hace parte de una preexistencia no incluida en el contrato de plan de salud adicional.

Al corrérsele traslado de los hechos que motivaron la presente acción de tutela a la entidad accionada **MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS**, esta mediante escrito radicado a través del correo electrónico institucional [j10pmgba@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j10pmgba@cendoj.ramajudicial.gov.co) ,

el día 23 de septiembre de 2021, rinde sus descargos manifestando que es importante mencionar que dentro del marco del Sistema de Seguridad Social Integral, ante una eventual falta de cobertura por parte de COLSANITAS S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA, La señora GINA EDITH puede acceder a las prestaciones asistenciales contempladas en el Plan de Beneficios en Salud a través de su Entidad Promotora de Salud en este caso EPS SANITAS. Que como petición principal solicitan de manera respetuosa que se declare que no ha existido vulneración alguna a los derechos fundamentales deprecados por la accionante, por los motivos expuestos y en consecuencia se DENIEGUE las pretensiones de la demanda de tutela.

Al corrérsele traslado de los hechos que motivaron la presente acción de tutela a la entidad vinculada **SANITAS E.P.S**, esta mediante escrito radicado a través del correo electrónico institucional [j10pmsgba@cendoj.ramajudicial.gov.co](mailto:j10pmsgba@cendoj.ramajudicial.gov.co) , el día 23 de septiembre de 2021, rinde sus descargos manifestando que dentro del marco del Sistema de Seguridad Social Integral, ante una eventual falta de cobertura por parte de Planes Adicional de Salud, la señora GINA EDITH puede acceder a las prestaciones asistenciales contempladas en el Plan de Beneficios en Salud a través de la Entidad Promotora de Salud EPS SANITAS. Que como petición principal solicitan de manera respetuosa que se declare que no ha existido vulneración alguna a los derechos fundamentales deprecados por la señora GINA EDITH GIHA HERNANDEZ por los motivos expuestos y en consecuencia que se DENIGUE la presente acción constitucional.

#### **Cumplimiento de los requisitos de procedencia de la acción de tutela**

##### **Legitimación por activa**

La presente acción de tutela es presentada por la señora GINA EDITH GIHA HERNANDEZ en nombre propio. Al respecto, la jurisprudencia de Corte ha señalado que existen diferentes formas para que se configure la legitimación por activa a saber: "a) cuando la interposición de la acción se realiza a través de apoderado judicial; b) cuando el que interpone la tutela es el representante legal, ya sea de una empresa o de un menor de edad, de un interdicto, etc.; **c) cuando el afectado de manera directa propugna por sus derechos;** d) y cuando se realiza a través de agente oficioso". (Subrayado fuera de texto original).

Por lo anterior, la señora GINA EDITH GIHA HERNANDEZ, se encuentra legitimada para presentar el amparo constitucional, en nombre propio.

##### **Legitimación por pasiva**

La entidad de salud MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS, se encuentra legitimada como parte pasiva en la presente acción, en la medida

en que se le atribuye la presunta vulneración de los derechos fundamentales en discusión.

### **Inmediatez**

En cuanto al requisito de inmediatez, la judicatura observa que se encuentra acreditado, toda vez que la situación de salud de la señora GINA EDITH GIHA HERNANDEZ persiste, por lo que el servicio solicitado no se le está brindando en la actualidad por parte de la entidad accionada, situación que hace procedente el estudio de la presente acción de tutela.

### **Subsidiariedad**

El artículo 86 de la Constitución Política establece que la acción de tutela, como mecanismo de protección de derechos fundamentales, "sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable".

Tal como se desarrolló en marco jurídico de esta sentencia, la jurisprudencia constitucional, en concordancia con lo dispuesto en los artículos 1º y 2º de Ley 1751 de 2015, reconoce el carácter fundamental y autónomo del derecho a la salud, por lo que es sujeto de protección directa por vía de acción de tutela en el evento en que se considere vulnerado o amenazado.

De acuerdo con las pruebas obrantes en el expediente se tiene que: La señora GINA EDITH GIHA HERNANDEZ tiene en la actualidad 55 años de edad, padece "PAGET DE LA MAMA (CANCER EN EL PEZÓN)", según manifiesta la accionante en el acápite de hechos y también en la historia clínica adjunta, por lo que no hay otro mecanismo eficaz que le pueda proteger de manera inmediata sus derechos fundamentales.

### **ACCIÓN DE TUTELA PARA RESOLVER CONTROVERSIAS DERIVADAS DE LOS CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA- Procedencia excepcional por vulneración de un derecho fundamental.-**

Por regla general la acción de tutela es improcedente para resolver las controversias que se deriven de los contratos celebrados con entidades que tienen como fin proporcionar al usuario planes adicionales de atención en salud, teniendo en cuenta su naturaleza privada, la cual debe ser regida por normas del derecho civil y comercial. Sin embargo, excepcionalmente y bajo la consideración, que así estos contratos sean de naturaleza privada, tienen como objeto la prestación del servicio público de salud y, por tanto, se encuentra involucrada la efectividad de derechos fundamentales, la tutela es procedente.

Esbozado lo anterior, la Corte ha establecido que para salvaguardar el derecho a la salud de los usuarios de todos los planes adicionales de salud, debe atenderse a los criterios que se explicaran a continuación.

Los contratos para la prestación de servicios adicionales de salud (MEDICINA PREPAGADA) no pueden ser celebrados ni renovados con personas que no se encuentren afiliadas al POS, 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.

Así mismo se deja sentado, que al momento de suscribir el contrato de medicina prepagada, las empresas deben realizar exámenes médicos lo suficientemente rigurosos, cuyo propósito es: **(i) detectar los padecimientos de salud que constituyan preexistencias; (ii) determinar su exclusión expresa de la cobertura del contrato; y (iii) permitir que el usuario decida si bajo estas condiciones 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.

Que 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 febrero 19 de 1998, M. P. Hernando Herrera Vergara, esta corporación precisó: "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 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."<sup>16</sup>

Corolario con lo anterior, en el contrato de adhesión de los planes de medicina prepagada la parte débil es el usuario de los servicios de salud, la Corte Constitucional ha expresado que las dudas en la interpretación de las cláusulas del contrato

---

<sup>16</sup> SU-039 de febrero 19 de 1998, M. P. Hernando Herrera Vergara.

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.

Así mismo, las empresas prestadoras de servicios adicionales de salud deben dar cumplimiento estricto a todas las cláusulas del contrato suscrito con el usuario, 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.

Es importante resaltar, que durante la ejecución del contrato de medicina prepagada, la empresa no puede modificar unilateralmente las condiciones para su cumplimiento, ni negarse al cumplimiento de una obligación inicialmente contraída, cuando en su momento nada se expresó en el contrato, frente a su exclusión o garantía. En los casos de duda respecto de la aplicación de esta subregla, la Corte Constitucional 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.

Que 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.**

En gracia de discusión, 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.

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 mismo o en sus anexos como preexistencia o como exclusión, esta

no puede ser oponible al afiliado como excusa para negarse a la prestación de un servicio.

Por último, 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 se adhiere o no.

Explicado lo anterior, se tiene que en el presente caso la accionante optó por escoger libremente la atención en salud por medio del Plan Adicional de Salud (PAS) en cabeza de la entidad MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS mediante contrato No 10108093028 de fecha 03 de julio de 2021, con un periodo de ejecución desde el 01 de julio de 2021 al 01 de julio de 2022, por lo que es la entidad de medicina prepagada quien debe garantizarle todos y cada uno de los servicios médicos que no se encuentren excluidos del contrato de adhesión de servicio público de salud, a la señora GIHA HERNANDEZ. Y no el Plan de Beneficios en Salud (PBS) en cabeza de SANITAS E.P.S.

Ahora bien, en la carta expedida por la entidad MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS, en fecha 12 de julio de 2021, advierte que se comunicó a la paciente en una fecha posterior a la del inicio de ejecución del contrato, indicando lo siguiente: *De conformidad con la información consignada en la solicitud de Afiliación, la Declaratoria Ampliada Estado de Salud, la Entrevista Medica de Ingreso (Cuando así fue requerida) y las Historias Clínicas y demás documentos elaborados con ocasión de la utilización de Servicios, Médicos y Paramédicos, nos permitimos comunicarle que de su contrato de Medicina Prepagada está excluido el cubrimiento a los servicios, que para su prestación requieren autorización por parte de la Compañía, sobre las patologías, **a continuación relacionadas, por ser preexistentes a la fecha de afiliación a la Organización:** 1- ARTRITIS REUMATOIDE SEROPOSITIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION - 2- TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO , 3- COLECISTECTOMIA VIA LAPAROSCOPICA y 4- HIPOTIROIDISMO, NO ESPECIFICADO.*

Se colige entonces que en el listado de enfermedades preexistentes relacionadas y anexadas como documento anexo al contrato, no se encuentra la enfermedad de **"PAGET DE LA MAMA (CANCER EN EL PEZÓN)"**, la cual solo pudo ser diagnosticada por un médico adscrito a la entidad MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS,

en el periodo de ejecución del contrato, esto es el día 3 de agosto de 2021.

Se advierte que en el contrato No 10108093028 de fecha 03 de julio de 2021 y con un periodo de ejecución desde el 01 de julio de 2021 al 01 de julio de 2022, en su "CLÁUSULA CUARTA \_\_\_ EXCLUSIONES O LIMITACIONES CONTRACTUALES indica lo siguiente:

**1. COLSANITAS S.A., excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos:**

**1.3 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. Negrilla extra texto.**

Analizada la anterior clausula, se concluye que es contraria a lo establecido por la Corte Constitucional cuando indica que 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 estable 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.

En concordancia con lo anterior, no se observa dentro de este plenario prueba siquiera sumaria que la entidad accionada MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS, le realizara exámenes de ingreso a la accionante para determinar con claridad su historia clínica, la cual reposa en las bases de datos de SANITAS E.P.S, donde son entidades distintas, muy a pesar que tiene la misma GENRENTE REGIONAL DRA. MARIA ROSA LACOUTURE PEÑALOZA. Cabe resaltar que la carga de la prueba en este caso se invierte a favor del paciente y es la entidad de medicina prepagada quien debió corroborar dicha información y hacer la inclusión de manera CLARA, EXPRESA, TAXATIVA E INEQUIVOCA de que la enfermedad de "PAGET DE MAMA" se encontraba excluida en dicho documento contractual, tal cual como lo recomienda la guardiana de nuestra constitución nacional.

Frente a lo expresado por la entidad MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS en su informe de tutela, que la accionante faltó a la verdad al suministrar una información en un cuestionario de salud que se le realizó por parte de dicha entidad, dicho documentos no fue aportado a este despacho judicial, por lo que no se probó lo dicho como fundamento de su defensa.

Por último, se recuerda que la corte constitucional limita el poder dominante de estas entidades de medicina prepagada respecto a sus clientes o pacientes, indicando que las cláusulas dentro de un contrato de adhesión no pueden ser aprobadas solamente por la entidad que va a prestar el servicio público de salud, redactando condicionamiento que van en detrimento del estado de cosas constitucionales y también podrían vulnerar el derecho fundamental a la salud, teniendo en cuenta que la cláusula de exclusiones prevista en los contratos de medicina prepagada limita la prestación del servicio de salud, por lo que es necesario interpretarla y aplicarla restrictivamente, respetando el principio de buena fe contractual.

Por esa razón, no es posible que exceptúe de forma genérica toda una rama de enfermedades, ni los tratamientos ni los estudios necesarios para su diagnóstico.

La Corte Constitucional ha precisado que las dudas en la interpretación de las cláusulas del contrato de medicina prepagada deben resolverse a favor del afiliado, cuando esté en juego su derecho a la salud. Esto, porque se trata de un contrato de adhesión, en el que la parte débil es el usuario.

Con esos argumentos, ordenó practicar una mamoplastia de reducción que fue negada por la entidad de medicina prepagada debido a que, supuestamente, no estaba incluida en el contrato examinado. La Corte decidió que la cláusula que excluyó la mamoplastia era ambigua. En consecuencia, no le era oponible a la accionante.<sup>17</sup>

Se colige entonces sin lugar a equívocos que no es un mero capricho de la accionante, el querer luchar por sus derechos, pues sencillamente nos encontramos en presencia de una patología que requiere de toda la atención del caso, pues, siguiendo el cuadro clínico que agobia a la protegida, según historia clínica aportada, además de que es un sujeto de especial protección constitucional por estar diagnosticada con una enfermedad RUINOSA O CATASTROFICA, tienen sentido las necesidades básicas para el desarrollo de su vida en condiciones dignas, es decir respecto a la realización de la cirugía de "RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA Y RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO" que fue prescrita por los médicos adscritos a MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS, y que es esta entidad quien a través del Plan Adicional de Salud (PAS) debe brindarle el servicio médico requerido, teniendo en cuenta los topes establecidos en el contrato.

De otro lado se debe dejar sentado, que frente a las actuaciones desplegadas por SANITAS E.P.S, frente al caso de la accionante este despacho judicial no encuentra hechos que sean constitutivos de vulneración de prerrogativas constitucionales,

---

<sup>17</sup> Sentencia T-134, de 2011, M. P. Luis Ernesto Vargas

porque como primera medida la actora no dirige la acción en contra de esta entidad, fue este despacho constitucional quien dispuso su vinculación, y también fue la misma afiliada quien escogió libremente que entidad quiere que la atienda, que para el caso sub-lite se prefirió la atención en salud con los recursos del Plan Adicional en Salud en cabeza de su prestador MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS, y No con los del Plan de Beneficios en Salud (PBS), en cabeza de su prestador SANITAS E.P.S. En consecuencia, se ordena su desvinculación de esta acción constitucional.

Así las cosas, el Despacho impartirá las órdenes tendientes a proteger la dimensión objetiva del derecho Constitucional a la salud, vida en condiciones dignas y seguridad social, por lo que se concederá el amparo solicitado por la señora GINA GIHA HERNANDEZ en nombre propio contra la entidad MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS. En consecuencia, se ordenará al Representante Legal y/o quien haga sus veces de MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS. para que, en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo, realice el TRÁMITE ADMINISTRATIVO y MÉDICO que conlleve de manera urgente a la realización de la cirugía de "RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA Y RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO" que fue prescrita por los médicos adscritos dicha entidad, a fin de contrarrestar los síntomas de la patología "PAGET DE MAMA (CANCER DE PEZÓN)", que padece la señora GINA GIHA HERNANDEZ. So pena de incurrir en desacato.

#### **DECISIÓN.**

En razón y mérito de lo expuesto, el **JUZGADO DÉCIMO PENAL MUNICIPAL CON FUNCION DE CONTROL DE GARANTIAS DE BARRANQUILLA**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley.

#### **RESUELVE:**

**Primero: CONCEDER** el amparo de los derechos a la salud, vida en condiciones dignas y seguridad social de la señora GINA GIHA HERNANDEZ en nombre propio contra la entidad MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS atendiendo las consideraciones anotadas en esta providencia.

**Segundo: ORDENAR** al Representante Legal y/o quien haga sus veces de MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS para que, en el término perentorio de cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la notificación de este fallo, realice el TRÁMITE ADMINISTRATIVO y MÉDICO que conlleve de manera urgente a la realización de la cirugía de "RESECCIÓN DE CUADRANTE DE MAMA Y RECONSTRUCCIÓN DE MAMA CON COLGAJO" que fue prescrita por los médicos adscritos dicha entidad, a fin de contrarrestar los síntomas de la patología "PAGET DE MAMA (CANCER DE PEZÓN)", que padece la señora GINA GIHA HERNANDEZ.

**Tercero:** **PREVENIR** al accionado para que se apreste a cumplir con lo aquí resuelto, so pena de incurrir en desacato.

**Cuarto:** Por Secretaria General, líbrense las comunicaciones de que trata el artículo 36 del decreto 2591 de 1991.

**Quinto:** De no ser impugnado el presente fallo se remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**  
**NINFA INÉS RUIZ FRUTO**  
**JUEZ**

**Firmado Por:**

**Ninfa Ines Ruiz Fruto**  
**Juez**  
**Juzgado Municipal**  
**Penal 010 Control De Garantías**  
**Barranquilla - Atlantico**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación:  
**16047a18ad99912e0a54ef1eb6de967de2f9aa3348aac359ac6383818071f9d2**  
Documento generado en 30/09/2021 02:38:04 p. m.

**Valide este documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**