REPÚBLICA DE COLOMBIA

CORTE CONSTITUCIONAL

SENTENCIA T-453 DE 2025

Expedientes: T-10.949.807 y T- 11.067.791 acumulados.

Asuntos: acciones de tutela de (i) Matilde contra Compensar EPS y (ii) Roberto contra Colsanitas Medicina Prepagada.

Magistrada sustanciadora:

Lina Marcela Escobar Martínez.

Bogotá, D.C., cinco (05) de noviembre de dos mil veinticinco (2025)

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada Lina Marcela Escobar Martínez, quien la preside y los magistrados Vladimir Fernández Andrade y Jorge Enrique Ibáñez Najar, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241, numeral 9, de la Constitución Política y en el Decreto Ley 2591 de 1991, profiere la siguiente

SENTENCIA

En el trámite de revisión de los fallos de tutela emitidos por:

(i) El Juzgado 02 Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá el 7 de febrero de 2025 que, en segunda instancia, confirmó la Sentencia del 18 de diciembre de 2024 dictada por el Juzgado 026 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, mediante la cual resolvió la acción de tutela presentada por Matilde, como agente oficiosa de su hija Paula en contra de la EPS Compensar –Plan Complementario (expediente T-10.949.807).

(ii) El Juzgado 01 Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Neiva el 3 de marzo de 2025 que, en segunda instancia, confirmó la Sentencia del 28 de enero de 2025 dictada por el Juzgado 05 Penal Municipal con Función de Conocimiento de Neiva, mediante la cual resolvió la acción de tutela presentada por Roberto, actuando en nombre y representación de su hijo Pedro, en contra de Colsanitas Medicina Prepagada (expediente T-11.067.791).

Aclaración previa. Comoquiera que el presente caso se refiere a la historia clínica de la parte convocante, la Sala Tercera reservará la identidad de los accionantes y de aquellos datos que permiten identificarlos. Para ello se reemplazarán sus nombres reales. En consecuencia, se suscribirán dos providencias. La primera, que será comunicada a las partes del proceso, así como a los vinculados, incluirá los nombres reales. La segunda, que será publicada por la relatoría de la Corte Constitucional al público en general, tendrá nombres ficticios[1].

Síntesis de la decisión

La Sala Tercera de Revisión analizó dos casos en los que los accionantes pretendían que se ordenara a dos entidades administradoras de Planes Adicionales de Salud (PAS) que se abstuvieran de imponerles cláusulas genéricas de exclusión, contenidas en un contrato de prestación de servicios para adquirir el plan complementario de la EPS Compensar y en un contrato familiar de servicios de medicina prepagada ofrecido dentro del plan integral de Colsanitas.

En el expediente T-10.949.807 la inconformidad de la accionante, una mujer de 24 años, diagnosticada con diversos trastornos mentales, físicos y neurológicos, se ocasionó porque la EPS Compensar –plan complementario- dejó de brindarle cobertura para sus padecimientos asociados a trastornos de la conducta alimentaria, con base en una cláusula que señala que el plan complementario no asume el costo de servicios médicos derivados de lesiones por intento de suicidio, así como curas de reposo o tratamiento hospitalario para enfermedades nerviosas o mentales crónicas.

Mientras que, en el expediente T-11.067.791 la discrepancia del accionante, un hombre que actuó en representación de su hijo de 4 años diagnosticado con “hipospadia penoescrotal”, se generó con ocasión de la negativa de Colsanitas Medicina Prepagada para autorizar los procedimientos de “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)”, necesarios para tratar la patología del niño.

Antes de realizar el estudio de fondo de los asuntos, la Sala verificó la posible configuración de los fenómenos de cosa juzgada y temeridad en el expediente T-11.067.791, evidenciando que no existía identidad de causa y de pretensiones entre la tutela en estudio y una anterior. En tal sentido, se descartó la cosa juzgada y la temeridad.

La Sala reiteró la jurisprudencia constitucional sobre el derecho a la salud y su garantía reforzada para sujetos de especial protección, el derecho a la salud mental en Colombia, y la naturaleza jurídica y características de los Planes Adicionales de Salud. Sobre el último punto, destacó que los Planes Adicionales de Salud se desarrollan mediante relaciones contractuales regidas por el derecho civil y comercial, bajo el principio general de que “el contrato es ley para las partes”; no obstante, deben atender algunos criterios constitucionales, en atención de la naturaleza de derecho fundamental y servicios público de la salud.

De acuerdo con los criterios aplicables a los Planes Adicionales de Salud (PAS), la Sala concluyó que en el expediente T-10.949.807 se vulneraron los derechos a la salud, a la salud mental y a la vida de la accionante, en consecuencia, ordenó a Compensar Plan Complementario (i) abstenerse de imponerle a la convocante la cláusula general de exclusión relacionada con lesiones por intento de suicidio, así como curas de reposo o tratamiento hospitalario para enfermedades nerviosas o mentales crónicas; y (ii) garantizar la continuidad de los procedimientos, tratamientos, servicios o intervenciones prescritas por los médicos tratantes, con respeto al consentimiento de la usuaria.

Por su parte, en el expediente T-11.067.791 se estableció que se desconocieron los derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social del menor de edad agenciado, en concordancia, ordenó a Colsanitas Medicina Prepagada (i) abstenerse de imponerle al niño la cláusula general de exclusión relacionada con enfermedades que sean consecuencia de malformaciones, imperfecciones, deformaciones y/o anomalías congénitas o genéticas y la corrección de las mismas; (ii) autorizar los servicios denominados “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)”; (iii) garantizar al accionante la continuidad con los procedimientos, tratamientos, servicios o intervenciones que los médicos tratantes le ordenen; y (iv) resguardar el principio de libre escogencia de IPS del convocante.

I. ANTECEDENTES

1. Expediente T-10.949.807: Paula

1. Hechos. Matilde, madre cabeza de familia, actuando en nombre propio y en calidad de agente oficiosa de su hija Paula, adulta de 24 años[2], presentó una acción de tutela en contra de la EPS Compensar por la presunta vulneración de los derechos a la salud y a la vida, con ocasión de la decisión de Compensar -Plan Complementario- de negar la atención a la agenciada por su trastorno mixto de anorexia y bulimia.

2. Entre otros, la accionante afirmó que su hija padece artritis idiopática juvenil, poliartritis, trastornos bipolar, de personalidad limítrofe, de bulimia y anorexia. Paula ha estado afiliada al plan complementario de Compensar desde su nacimiento y no consume alcohol u otro tipo de drogas no prescritas por el médico tratante. Según la accionante, Paula, durante el año 2024, ingresó en tres oportunidades por urgencias a la Clínica Santa Fe con órdenes de remisión a la unidad de salud mental, en dos oportunidades a la Clínica Monserrat por sus patologías mentales y neurológicas, en una oportunidad a la Clínica La Inmaculada, y en una oportunidad al Hospital San Ignacio. Todas estas instituciones se encuentran localizadas en la ciudad de Bogotá.

3. Por otro lado, la actora señaló que en la Clínica Santa Fe no fue posible la hospitalización de su hija porque Compensar alegó la exclusión de su diagnóstico del plan complementario de salud. Producto de una queja que presentó ante la Superintendencia Nacional de Salud, Compensar le dio una respuesta escrita en la que afirmó que no asume el costo de servicios médicos y complementarios prestados a un usuario, en caso de enfermedades o accidentes causados bajo el efecto del alcohol o drogas prescritas médicamente. Además, la accionante asegura que, bajo el argumento de la exclusión de servicios, Compensar le ha impuesto copagos por cuantiosas sumas y que, en todo caso, el tratamiento de las patologías ha sido demasiado lento. Finalmente, el 15 de octubre de 2024, Compensar le informó que

trasladaría a su hija a una nueva red médica, donde Paula nunca ha sido tratada.

4. Con base en lo expuesto, el 16 de octubre de 2024, la convocante interpuso acción de tutela, por medio de la cual solicitó ordenar a Compensar que: (i) elimine la exclusión que ha impuesto para el trastorno alimenticio que padece su hija Paula, así como cualquier barrera en el tratamiento integral e interdisciplinario de su salud física y mental; (ii) designe una institución que garantice el tratamiento, seguimiento y evolución de las patologías neuropsiquiátricas que afectan a su hija, bajo la cobertura del plan complementario; (iii) preste atención integral e interdisciplinaria a su agenciada para que recupere su salud física y mejore su salud mental; y (iv) reembolse las sumas pagadas por gastos hospitalarios, producto de la exclusión del plan complementario.

5. Trámite de la acción de tutela. El asunto le correspondió por reparto al Juzgado 026 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, autoridad judicial que, mediante auto del 16 de octubre de 2024, admitió la demanda contra Compensar EPS y vinculó a la Clínica Santa Fe y a la Clínica La Inmaculada. Posteriormente, con ocasión de una nulidad por indebida integración del contradictorio[3], el juez también dispuso la vinculación del Hospital Universitario San Ignacio, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Clínica Los Cobos[4].

6. La EPS Compensar, por su parte, confirmó que Paula se encuentra afiliada al sistema de salud como beneficiaria de la señora Matilde, en el régimen contributivo. Asimismo, precisó que la fecha de vinculación de la agenciada al Plan de Atención Complementaria (PAC) fue el 1° de agosto de 2003. Por último, la entidad manifestó que el diagnóstico “trastorno mixto de la conducta alimentaria”, que padece Paula, está excluido del contrato del Plan de Atención Complementaria (PAC), por lo que a la usuaria se le brinda la cobertura de su tratamiento con cargo al Plan de Beneficios de Salud (PBS), a través de la red respectiva de prestadores, a la cual no pertenecen la Clínica Santa Fe ni la Clínica Monserrat. En tal sentido, informó que la joven Paula fue direccionada a la Clínica de la Mujer para su tratamiento[5].

7. La Clínica Santa Fe señaló que no ha vulnerado los derechos de Paula, toda vez que le ha suministrado los servicios de salud requeridos y ofertados por la institución mediante un equipo médico multidisciplinario. Informó que la referida paciente ingresó por los servicios de urgencias, hospitalización y consulta ambulatoria; siendo su última hospitalización, entre el 02 y el 07 de octubre de 2024, que finalizó por remisión a la Clínica La Inmaculada para manejo por psiquiatría en unidad de salud mental[6].

8. La IPS Hospital San Ignacio[7] respondió que la paciente estuvo hospitalizada en la entidad desde el 10 de octubre de 2024 y que había sido aceptada en la IPS Salud Mental Integral, pero su familia rechazó tal remisión e insistió en la solicitud de traslado a la Clínica La Inmaculada o Monserrat[8].

9. La Superintendencia Nacional de Salud[9] solicitó declarar su falta de legitimación por pasiva, dado que no tiene a su cargo el aseguramiento de los usuarios del sistema ni la facultad de prestar servicios de salud, pues solamente puede ejercer las funciones que le han sido asignadas por la ley, las cuales, corresponden a la inspección, vigilancia y control[10].

10. Aunque se realizó el traslado respectivo, las clínicas La Inmaculada y Los Cobos guardaron silencio.

11. Sentencia de primera instancia. En Sentencia del 18 de diciembre de 2024, el Juzgado 026 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá negó el amparo, al constatar que el tratamiento para enfermedades nerviosas o mentales crónicas se encuentra excluido de las coberturas del Plan Complementario de Salud que ofrece Compensar. Concluyó que (i) el servicio de salud se ha garantizado a la paciente, aunque no sea en las instituciones o clínicas de su preferencia; (ii) no se encuentra probado que los

establecimientos que integran la red de prestadores por el plan de beneficios en salud (PBS) no cuenten con las condiciones necesarias para brindar la atención requerida y (iii) en el expediente no obra orden médica que disponga el traslado a una unidad de salud mental específica.

12. Impugnación. La accionante reprochó que el fallo de primera instancia desconoció la Sentencia T-178 de 2024, en la que la Corte Constitucional estableció el alcance de los contratos de medicina prepagada o planes de beneficios adicionales, específicamente, respecto de los pacientes que sufren enfermedades mentales. Insistió en que la EPS Compensar debe eliminar cualquier exclusión, barrera o demora para atender el tratamiento de su hija, y abstenerse de limitar el acceso a las instituciones que tengan la capacidad de brindar la atención especializada, multidisciplinaria e integral.

13. Sentencia de segunda instancia. El Juzgado 02 Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá, mediante Sentencia del 7 de febrero de 2025, confirmó el fallo de primera instancia, dado que: (i) las entidades accionadas y vinculadas garantizaron la continuidad en la prestación del servicio requerido por la agenciada; (ii) no se evidenció omisión o demora en el manejo clínico; (iii) no existe orden médica que autorice la remisión de la usuaria a las clínicas referidas por la parte actora; y que (iv) las pretensiones referentes a la eliminación de la exclusión de las patologías de salud mental y afines no pueden ser discutidas en sede de tutela, con ocasión de su naturaleza privada.

2. Expediente T-11.067.791: Pedro

14. Hechos. Roberto, actuando en nombre y representación de su hijo Pedro, niño de 4 años, presentó una acción de tutela en contra de Colsanitas Medicina Prepagada por la presunta vulneración de sus derechos a la vida, a la seguridad social y a la salud, ante la negativa de la entidad para autorizar los procedimientos de “corrección de epispadias o hipospadias” y

“uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)”.

15. El accionante afirmó que Pedro nació en noviembre de 2020 y está diagnosticado con “hipospadia penoescrotal”. El 25 de enero de 2021, el padre suscribió contrato con Colsanitas Medicina Prepagada en favor de su hijo, con vigencia desde el 1 de enero de 2021. Según el accionante, al suscribir el mencionado contrato, no se realizó examen médico ni valoración alguna al niño.

16. El 18 de diciembre de 2024, la especialista en urología pediátrica, Andrea Bolaños Gómez, ordenó la práctica de los procedimientos “citoscopia transuretral”, “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)”, para corregir la “hipospadia”. Sin embargo, Colsanitas solamente autorizó el examen denominado “cistoscopia transuretral”, bajo el argumento de que los otros procedimientos obedecían a una patología congénita no cobijada por el contrato de medicina prepagada.

17. En escrito de tutela del 17 de enero de 2025, el accionante aseguró que Colsanitas desconoció los derechos fundamentales de su hijo, así como el precedente sobre la inconstitucionalidad de las cláusulas genéricas de exclusión en los contratos de medicina prepagada[11], teniendo en cuenta que la patología calificada como congénita no fue advertida taxativamente al momento de la suscripción del contrato. En consecuencia, el accionante solicitó ordenarle a Colsanitas Medicina Prepagada (i) continuar con la prestación integral de los servicios de salud derivados de la patología “hipospadia penoescrotal”, a favor de Pedro; (ii) autorizar los procedimientos ordenados por la médica tratante de su hijo; (iii) practicar los procedimientos prescritos en la Clínica Reina Sofía de Bogotá; (iv) renovar la autorización para el servicio “cistoscopia transuretral”, en caso de que a la fecha de autorización de los procedimientos “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)” se encontrara vencida; y (v) brindar tratamiento integral.

18. Trámite de la acción de tutela. El asunto le correspondió por reparto al Juzgado 05 Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Neiva, autoridad judicial que, mediante auto del 17 de enero de 2025, avocó el conocimiento y vinculó al agente interventor de la Nueva EPS y/o su representante legal[12], a la Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES), a Sanitas EPS junto con su agente interventor y a la Superintendencia Nacional de Salud.

19. Colsanitas Medicina Prepagada confirmó que Pedro está afiliado como beneficiario del régimen contributivo, mediante Sanitas EPS, pero indicó que el plan de medicina prepagada está delimitado por el contrato de prestación de servicios suscrito por las partes. En concreto, advirtió que las enfermedades congénitas están excluidas, lo cual conoció el señor Roberto desde la firma del acuerdo.

20. La ADRES, por su parte, sustentó su falta de legitimación porque de los hechos descritos no se desprende ningún tipo de conducta que le sea atribuible y que vulnere los derechos del actor.

21. La Superintendencia Nacional de Salud también argumentó su falta de legitimación en la causa. Precisó que no tiene a su cargo el aseguramiento de los usuarios del sistema ni la facultad de prestar servicios de salud, solamente puede ejercer las facultades que le han sido asignadas por la ley, las cuales, corresponden a la inspección, vigilancia y control, y que no es superior jerárquico de los actores que forman parte del sistema de salud[13].

22. De acuerdo con el expediente de tutela, la Nueva EPS[14] y Sanitas EPS[15] guardaron silencio.

23. Sentencia de primera instancia. En Sentencia del 28 de enero de 2025, el Juzgado 05 Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Neiva declaró improcedente el amparo por desconocimiento del requisito de subsidiariedad e inexistencia de violación de derechos fundamentales, debido a que el vínculo entre el accionante y Colsanitas se rige por un contrato comercial. Además, el despacho señaló que el mecanismo de tutela solo es conducente cuando la parte convocante ha acudido a su respectiva EPS[16].

24. Impugnación. El accionante afirmó que el juez de instancia resolvió el amparo desde un punto de vista formal y no sustancial, pues omitió analizar la condición de sujeto de especial protección de su hijo. Asimismo, destacó la inexistencia de una valoración previa a la suscripción del contrato por parte de Colsanitas, y la jurisprudencia constitucional sobre la buena fe contractual en planes adicionales de salud. En último lugar, puso de presente que el Juzgado 02 Civil Municipal de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, en el proceso radicado 2021-00000-00, conoció una situación similar y concedió el amparo a favor de su hijo, debido al incumplimiento del deber legal de Colsanitas de realizar un examen o revisión médica de manera previa a la suscripción del contrato.

25. Sentencia de segunda instancia. El Juzgado 01 Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Neiva, mediante Sentencia del 3 de marzo de 2025, confirmó el fallo de instancia, toda vez que: (i) no se evidenció el desconocimiento del principio de continuidad, pues el médico tratante ordenó los servicios denominados “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)”, cuya autorización se logró con ocasión de los trámites que adelantó el accionante; (ii) al momento de suscribir el contrato de medicina prepagada, el accionante tenía conocimiento de la malformación congénita de su hijo, no obstante, omitió informarla a la entidad prestadora[17]; y (iii) no existe un perjuicio irremediable, por cuanto no hay evidencia de que el paciente deba ser atendido de manera inmediata, ni de la negativa por parte de la EPS para prestar los servicios.

26. Además, el despacho manifestó que la decisión proferida a favor del recurrente en el expediente de tutela 2021-00000-00, tramitado por el Juzgado 02 Municipal de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva, no podía ser tenida en cuenta como antecedente, como pretendía el actor, por referirse a un padecimiento diferente al ventilado en esta acción de tutela.

3. Trámite en sede de selección

27. Selección de los expedientes para revisión. El 30 de mayo de 2025, la Sala de Selección escogió los expedientes de la referencia, con base en los criterios objetivo de posible violación o desconocimiento de un precedente de la Corte Constitucional y subjetivo de urgencia de proteger un derecho fundamental, de acuerdo con los literales a) y b) del artículo 51 del Reglamento Interno de la Corte Constitucional. Además, los acumuló por presentar unidad de materia.

28. Autos de pruebas. Mediante Auto del 16 de julio de 2025, la magistrada ponente decretó pruebas dirigidas a (i) ratificar el consentimiento de Paula, respecto de la acción de tutela interpuesta en su nombre; (ii) conocer el estado actual de los tratamientos requeridos por los accionantes, las solicitudes presentadas ante los respectivos planes adicionales de salud y los servicios que dejaron de recibir con ocasión de las cláusulas de exclusión de los contratos suscritos con las respectivas entidades; e (iii) integrar al contradictorio a la totalidad de entidades que podrían tener responsabilidad en la vulneración de los derechos de los convocantes.

29. Luego, en Auto del 4 de agosto de 2025, la magistrada indagó a las entidades vinculadas en el expediente T-10.949.807 sobre las políticas públicas y modelos de atención frente al

trastorno mixto de anorexia y bulimia; integró al contradictorio al Ministerio de Salud y Protección Social, para que rindiera informe sobre las políticas, acciones y estrategias adoptadas respecto de la promoción y el cuidado de la salud mental, la educación emocional, la identificación temprana de enfermedades y/o trastornos mentales y la atención primaria en salud mental; e invitó a varias facultades de medicina y ciencias para que, desde su experticia, resolvieran diversos interrogantes relacionados con el tratamiento del trastorno mixto de anorexia y bulimia y las políticas públicas existentes en Colombia sobre el asunto.

30. A los cuestionamientos formulados, las partes, entidades y terceros invitados respondieron como se expone a continuación.

Expediente

Pronunciamientos de los intervinientes

T-10.949.807

Matilde, agente oficiosa de Paula, contra la EPS Compensar – Plan de Atención Complementaria.

Paula, a través de escrito del 22 de julio de 2025, ratificó la acción de tutela que presentó su madre. En concreto, señaló: “manifiesto que únicamente ratifico la presente acción de tutela en cuanto a que los tratamientos de mi trastorno neuropsiquiátrico sean cubiertos por el plan complementario de Compensar, bajo la modalidad ambulatoria y/o consulta externa, y expreso enfáticamente que no autoriza internación en institución psiquiátrica, en ninguna circunstancia”[18].

Matilde, en respuesta calendada 22 de julio de 2025[19], señaló que presentó la tutela en nombre de su hija Paula porque en ese momento ella se encontraba hospitalizada y según

criterio médico no estaba en condiciones de tomar decisiones para su bienestar. Sobre el estado de salud de su hija, informó que está estable, ha mejorado su salud física, ha recuperado algo de peso, ha tenido adherencia al tratamiento, está tomando su medicación y está asistiendo al programa de terapias[20].

En cuanto a la prestación de servicios señaló que, a la fecha, su hija estaba recibiendo tratamiento para sus trastornos mentales no alimenticios, en la Clínica La Inmaculada por consulta externa, aunque no con la frecuencia requerida, por dificultades con el agendamiento de citas por psiquiatría. En 2024, Paula empezó tratamiento integral para el trastorno alimenticio en la Fundación Creser, el cual Paula abandonó en su segunda sesión y al quererlo retomar, en noviembre de 2024, no fue posible por terminación del contrato con la EPS Compensar.

Destacó que la atención de su hija debe prestarse por el Plan de Atención Complementaria porque las instituciones en las que se brinda atención a los afiliados al Plan Adicional son diferentes y mejores a las que ofrece el PBS, y las autorizaciones de exámenes o tratamientos son más agiles. Sobre el mismo asunto, recalcó que el servicio de urgencias en el Hospital San Ignacio es deficiente, con ocasión de la precariedad de las instalaciones y el hacinamiento de pacientes; y que tiene referencias sobre la mala atención, dificultad para obtener información, instalaciones y manejo de implementos personales en otras redes médicas.

Por último, insistió en que la afiliación de Paula al Plan de Atención Complementario fue desde su nacimiento, no desde 2003 como alega Compensar; y puntualizó en que los copagos que tuvo que asumir, como consecuencia de la exclusión que impuso Compensar, ascendieron a una suma cercana a $3.000.000[21].

Luego, en respuesta del 24 de julio[22], agregó que es necesario que la atención se brinde a

través del Plan de Atención Complementaria para garantizar el manejo interdisciplinario. Asimismo, adjuntó una factura más de la Clínica Monserrat por valor de $461.500[23] y notificó que recibió un reintegro de la misma Clínica por $800.000.

Finalmente, en respuesta al traslado de las pruebas allegadas con ocasión del Auto del 4 de agosto de 2025, precisó que en diciembre de 2024 Compensar autorizó la hospitalización de su hija en la Clínica Monserrat porque la Clínica Los Cobos señaló que se trataba de un episodio depresivo grave, en medio de su trastorno bipolar, pues si se hubiera señalado el trastorno alimenticio no se hubiese autorizado el traslado. Por otro lado, manifestó que en Bogotá conoce solo dos sitios especializados en trastornos alimenticios, “Equilibrio” y “Creser”, con los cuales Compensar no tiene ningún convenio.

La EPS Compensar, en respuesta calendada 24 de julio de 2025, indicó que (i) ha prestado a Paula todos los servicios, procedimientos y tratamientos; (ii) la usuaria se encuentra afiliada al plan de atención complementaria desde el 01/08/2003; (iii) el diagnóstico de anorexia nerviosa constituye una exclusión del Plan de Atención Complementaria por considerarse una enfermedad nerviosa mental crónica; y que (iv) los pacientes afiliados al PAC tienen garantizada la atención para servicios intrahospitalarios y ambulatorios en salud mental, siempre y cuando no se genere algún criterio de exclusión.

En otro punto, señaló que los trastornos de la conducta alimentaria requieren un manejo diferenciado que ofertan pocas IPS y que, a la fecha, tiene convenio vigente para la atención de pacientes con trastornos alimenticios con el programa Equilibrio[24]. Para concluir, afirmó que estar en un Plan Complementario no debería traer ninguna ventaja sobre los servicios del PBS[25] y adjuntó una minuta en blanco del contrato del plan complementario.

La Clínica Santa Fe informó que Paula ingresó por última vez a la entidad el 2 de octubre de 2024 por el servicio de urgencias, donde permaneció hasta el 7 de octubre de 2024, fecha en

la cual fue remitida a la Clínica La Inmaculada[26].

Luego, en contestación del 11 de agosto de 2025, indicó que no cuenta con habilitación de salud mental que permita el manejo intrahospitalario e interdisciplinario para el tratamiento del “trastorno mixto de anorexia y bulimia”. En todo caso, dio a conocer que el tratamiento que ofrece para el trastorno en comento consta de 4 fases: (i) manejo hospitalario de complicaciones médicas graves; (ii) hospitalización general para estabilización nutricional, transición a alimentación oral y control de complicaciones; (iii) manejo ambulatorio; y (iv) hospital día por equipos especializados en trastornos en la conducta alimentaria con seguimientos por psiquiatría, psicología y nutrición[27]. De las fases en mención, precisó que solo atiende pacientes en la fase 1 y 2, y luego los remite a centros especializados.

La Clínica La Inmaculada, en correo del 21 de julio de 2025, remitió 43 documentos contentivos de las epicrisis de atención a Paula. Aquellas dan cuenta de las atenciones prestadas a la paciente, entre 2021 y 2025[28], por la especialidad de psiquiatría, para el diagnóstico principal “trastorno afectivo bipolar no específico”. En concreto, la epicrisis de los días 7 de octubre a 10 de octubre de 2024, evidencia que la paciente fue remitida a una unidad de mayor complejidad con “trastorno de la ingestión de alimentos no especificado” como diagnóstico de ingreso y salida.

Aseguró que tiene un convenio vigente con el Plan Complementario de Compensar pero que no cuenta con una unidad especializada para el manejo específico de los trastornos de la conducta alimentaria.

La Clínica Monserrat, en respuesta del 21 de julio de 2025, aportó copia de la historia clínica de la paciente, e informó que, durante la hospitalización de la afiliada, el Plan Complementario asumió el costo de los 10 primeros días de estancia en la entidad y a partir del día 11 aquello fue asumido por la EPS Compensar[29]. Por último, puntualizó que no tiene

convenio vigente con ninguna red de prestadores contratados para el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

Posteriormente, el 8 de agosto de 2025, anunció que la institución está especializada y habilitada exclusivamente para la atención en salud mental; cuenta con unidad de hospitalización, infraestructura técnica y recurso humano interdisciplinario capacitado para brindar tratamiento intrahospitalario a pacientes con enfermedades mentales.

Por otro lado, manifestó que entre 2023 y 2025 han ingresado a hospitalización en la unidad de salud mental, por diagnósticos asociados a “Anorexia nerviosa”, “anorexia nerviosa atípica” y “bulimia nerviosa”, 45 pacientes con un total de 85 hospitalizaciones. Finalmente, aclaró que no tiene ni ha tenido convenio con ninguna EPS del país en lo que respecta al plan de beneficios en salud (PBS), pero sí tiene convenios activos con planes adicionales de salud, incluyendo el plan complementario de Compensar.

La Clínica Los Cobos, en comunicación del 23 de julio de 2025, señaló que Paula ha sido atendida por medicina general, psicología, psiquiatría y urología. El último ingreso de la paciente fue por urgencias, el 29 de noviembre de 2024, cuyo egreso se dio el 10 de diciembre siguiente, por traslado a la Clínica Monserrat, dado su cuadro depresivo y trastorno de conducta alimentaria. Además, destacó que no cuenta con unidad de salud mental para atender los requerimientos de la accionante.

Después, en comunicación del 5 de agosto de 2025, reiteró que no cuenta con unidad de salud mental, pero que puede actuar como punto de entrada al sistema, brindando atención médica inicial y realizando la remisión a un nivel donde se pueda abordar de manera integral el trastorno mixto de anorexia o bulimia.

La Clínica de la Mujer, remitió contestación el 30 de julio de 2025, en la que comunicó que Paula recibió atenciones médicas en la institución de forma intermitente entre 2002 y 2022. Subrayó que las últimas atenciones estuvieron relacionadas con infecciones del tracto urinario y manejo clínico por diagnóstico asociado a COVID-19.

El Hospital San Ignacio, a través de escrito del 23 de julio de 2025, informó que Paula ingresó a la institución el 10 de octubre de 2024, por traslado desde la Clínica La Inmaculada, teniendo en cuenta que por su diagnóstico de "anorexia nerviosa con desnutrición proteicocalorica severa" requería manejo integral. En relación con la permanencia de la paciente en el Hospital, manifestó que fue hasta el 8 de noviembre de 2024 porque, (i) pese al direccionamiento para la Unión Temporal Salud Mental Integral, los familiares no aceptaron tal traslado; y (ii) la EPS autorizó manejo integral en la entidad desde el 16 de octubre.

En respuesta del 12 de agosto de 2025[30], precisó que cuenta con una unidad de salud mental de adultos para atención de pacientes con diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en sus diferentes variaciones, lo cual incluye modalidad intramural y un programa ambulatorio de tratamiento desde psicología y psiquiatría. Respecto del número de pacientes atendidos por el referido padecimiento, informó que, entre 2003 y 2023, 85 pacientes recibieron manejo intrahospitalario para "anorexia nerviosa". Para finalizar, reseñó que tiene convenio vigente con la EPS.

La Universidad de los Andes agradeció la invitación a participar, pero no brindó ninguna consideración por falta de personal para resolver las inquietudes.

La Universidad del Rosario, por medio de su dirección jurídica, presentó una caracterización de los trastornos mentales relacionados con la ingesta y conducta alimentaria, junto con una descripción de las políticas públicas que existen en Colombia sobre la promoción y el cuidado de la salud mental.

Anotó que el tratamiento para la anorexia nerviosa, con frecuencia, incluye hospitalización por desnutrición y estabilización médica; requiere un equipo interdisciplinario, siendo central la atención psicológica; y que algunos tratamientos que pueden contribuir al manejo psicológico del trastorno son el tratamiento basado en la familia, el modelo Maudsley de Anorexia Nerviosa para Adultos (MANTRA), la versión mejorada transdiagnóstica de la terapia cognitiva conductual (CBT-E), el manejo clínico de apoyo especializado (SSCM) y la psicoterapia psicodinámica focal.

El Ministerio de Salud y Protección Social guardó silencio.

Las Facultades de medicina y ciencias de la Universidad Javeriana, Universidad de la Sabana y de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) se abstuvieron de participar en el proceso.

T-11.067.791

Roberto, en representación de Pedro, contra Colsanitas Medicina Prepagada.

El accionante manifestó que su hijo goza de buena salud, toda vez que, no ha requerido ninguna atención de urgencia o internación en un centro hospitalario. Sin embargo, alertó que el niño se queja por dolor al orinar o sufre escapes de orina involuntarios y esporádicos, por lo que considera necesaria la intervención quirúrgica para corregir la “epispadias o hipospadias – uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical) – cistoscopia transuretral”. Por otro lado, declaró que, como padres, quieren garantizar el desarrollo normal de su hijo, de modo que su condición no afecte su calidad de vida, su patrón miccional y a futuro su vida sexual y reproductiva.

Sostuvo que la atención de su hijo debe prestarse por el Plan Adicional de Salud porque es mucho más rápida y puede acceder directamente a la especialidad requerida; Mientras que la EPS Sanitas no tiene convenio con ninguna IPS en la ciudad de Neiva para el servicio de urología pediátrica. Además, asegura que la atención a la que puede acceder en Bogotá, a través del Plan Adicional, es más especializada, expedita y cómoda.

Colsanitas Medicina Prepagada solicitó declarar improcedente el amparo por desconocimiento del requisito de subsidiariedad, por cuanto el accionante conocía desde la firma del acuerdo de voluntades que los servicios derivados de enfermedades congénitas no tenían cobertura, la suscripción del contrato fue voluntaria y la prestación del servicio de salud está delimitada por los términos del contrato.

La EPS Sanitas guardó silencio, pese a la debida notificación del asunto[31].

La Nueva EPS pidió su desvinculación del trámite, pues en el expediente no consta soporte alguno relacionado con la entidad, y el niño cuyos derechos se pretenden amparar está afiliado a la EPS Sanitas, según consta en el ADRES.

El Juzgado 02 de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva compartió el link que otorga acceso íntegro del expediente 2021-00000-00.

Tabla 1. Respuestas a los autos de pruebas.

31. Adicionalmente, tanto los accionantes como las entidades que remitieron contestación a la Corte Constitucional, allegaron soportes adicionales relacionadas con la historia clínica de los pacientes, las cuales serán referidos cuando ello sea pertinente.

II. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

1. Competencia

32. La Corte Constitucional es competente para conocer las decisiones judiciales materia de revisión, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241.9 de la Carta Política y en los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Cuestiones previas

2.1. Inexistencia de cosa juzgada en el expediente T-11.067.791

33. El señor Roberto advirtió la existencia de una sentencia que profirió el Juzgado 002 Municipal de Pequeñas Causas y Competencias Múltiples de Neiva, en la que se ordenó a Colsanitas Medicina Prepagada abstenerse de imponer obstáculos en la autorización de los servicios de salud requeridos por Pedro. Ante esta circunstancia, es necesario evaluar la posible configuración de cosa juzgada.

34. La cosa juzgada y la temeridad constituyen fenómenos procesales diferentes. La primera es una figura prevista en el artículo 243 de la Constitución que establece que los fallos dictados por la Corte, en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales, hacen tránsito a cosa juzgada. Al respecto, la jurisprudencia ha señalado que una sentencia ejecutoriada en un proceso de tutela hace tránsito a cosa juzgada constitucional cuando: (i) es seleccionada

para revisión por parte de esta Corporación y fallada en la respectiva Sala o (ii) se surte el trámite de selección, sin que esta haya sido escogida para revisión[32]. Por su parte, la temeridad se contempla en el artículo 38 del Decreto 2591 de 1991 y se refiere a la presentación injustificada e irrazonable de la misma acción de tutela ante diferentes jueces, ya sea simultánea o sucesivamente[33].

35. Con base en normas procesales[34], la Corte ha señalado que para la configuración de la cosa juzgada se debe acreditar que exista (i) identidad de partes, es decir que las acciones de tutela se hayan presentado por la misma persona natural o jurídica o a través de su apoderado o representantes y se dirija contra el mismo demandado; (ii) identidad de objeto, esto es, que las demandas persigan la satisfacción de la misma pretensión o invoquen la protección de los mismos derechos fundamentales; e (iii) identidad de causa o que el ejercicio repetido de la acción de tutela se fundamente en los mismos hechos que le sirven de sustento[35]. Empero, este Tribunal ha sostenido que la labor del juez de tutela no es simplemente verificar los elementos que constituirían la triple identidad entre las acciones de tutela para concluir que hay una actuación temeraria y, en consecuencia, declarar su improcedencia. También es importante estudiar las circunstancias que rodean el caso específico[36].

36. Además de lo mencionado, para la configuración de la temeridad el juez constitucional debe verificar (iv) la ausencia de justificación objetiva para interponer la nueva acción y, (v) la mala fe o el dolo del demandante al presentarla[37]. Si se configura el primer fenómeno la acción será rechazada; mientras que, de comprobarse la temeridad, el juez debe rechazar la tutela e imponer las sanciones previstas en el Decreto 2591 de 1991.

37. Para facilitar el análisis, el siguiente cuadro sintetiza la información respecto de las partes, el objeto y la causa o pretensiones de las dos acciones de tutela que instauró Roberto, en representación de su hijo Pedro, contra Colsanitas Medicina Prepagada.

Proceso de tutela

Partes

Causa

Objeto o pretensiones

2021-00000-00 del Juzgado 002 Municipal de Pequeñas Causas y Competencia Múltiple de Neiva, radicada el 23 de julio de 2021.

Accionante: Roberto en representación de su hijo Pedro.

Accionada: Colsanitas Medicina Prepagada

Colsanitas Medicina Prepagada, el 22 de julio de 2021, resolvió no cancelar los servicios hospitalarios causados por la atención de Pedro, con ocasión de una obstrucción intestinal. Lo anterior por tratarse de una patología congénita.

El accionante solicitó ordenar a Colsanitas Medicina Prepagada continuar con la atención de su hijo y asumir el pago de los gastos de hospitalización y demás servicios requeridos.

2025-00001-00 del Juzgado 005 Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Neiva, radicada el 17 de enero de 2025 (en estudio).

Accionante: Roberto en representación de su hijo Pedro.

Accionada: Colsanitas Medicina Prepagada

Colsanitas Medicina Prepagada, el 10 de enero de 2025, resolvió no autorizar los procedimientos de “corrección de epispadias o hipospadias” y uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)” al niño Pedro, argumentando que tales servicios eran

para el tratamiento de una patología congénita.

El accionante solicitó ordenar a Colsanitas Medicina Prepagada continuar con la atención de su hijo, para la patología “hipospadia penoescrotal” y autorizar los procedimientos requeridos.

Tabla 2. Análisis de posible cosa juzgada expediente T-11.067.791.

38. Visto lo anterior, la Sala considera que subsiste la identidad de partes, pero no ocurre lo mismo respecto de la identidad de causa y de las pretensiones. En efecto, en el proceso de amparo adelantado en el año 2021 el accionante pretendía que Colsanitas no impusiera una exclusión con ocasión de una obstrucción intestinal de origen congénito; mientras que esta vez, procura que Colsanitas no imponga una exclusión respecto de la patología “hipospadia penoescrotal” que padece su hijo Pedro.

39. Aunque, en las dos oportunidades, Colsanitas se ha valido de la misma cláusula para abstenerse de prestar ciertos servicios de salud requeridos por Pedro, la enfermedad que ha dado lugar a tal actuación es diferente. La primera vez se trataba de una obstrucción intestinal ocasionada por una tela o hilo que desprendía del ombligo sobre el intestino delgado[38]; mientras que en esta oportunidad se trata de “hipospadia penoescrotal”.

40. Con fundamento en las anteriores consideraciones, la Sala concluye que no se configuran cosa juzgada y mucho menos la temeridad. Así las cosas, le corresponde a la Sala Tercera continuar con el estudio de procedibilidad.

3. Análisis de procedibilidad de las acciones de tutela

41. Las acciones de tutela bajo revisión son procedentes, en la medida que cumplen los requisitos exigidos por el Decreto 2591 de 1991 y la jurisprudencia constitucional, como se explica a continuación.

3.1. Legitimación en la causa por activa

42. De acuerdo con lo previsto en el artículo 86 de la Constitución Política “toda persona” puede acudir a la acción de tutela para reclamar ante los jueces, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la protección inmediata de sus derechos fundamentales. En desarrollo de este mandato, el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991 define a los titulares de la acción de tutela, entre los que se encuentran las figuras de la agencia oficiosa y la representación legal.

43. Sobre la agencia oficiosa, esta se soporta en el principio de solidaridad y tiene como fin proteger los derechos fundamentales de aquellos que no pueden acudir directamente a la administración de justicia porque se encuentran en situación de vulnerabilidad, debilidad manifiesta o especial sujeción[39]. Para que se configure la agencia oficiosa, deben concurrir dos elementos: (i) que el agente oficioso manifieste expresamente que actúa en dicha calidad o que ello pueda inferirse de los hechos y pretensiones de la acción de tutela y (ii) la imposibilidad del titular de los derechos para ejercer directamente la acción[40].

44. En cuanto a la representación legal, en concordancia con el artículo 306 del Código Civil[41], la jurisprudencia ha explicado que los padres, como representantes legales, están legitimados en la causa por activa para promover la protección de los derechos fundamentales de sus hijos menores de 18 años[42].

45. En el expediente T-10.949.807, la Sala encuentra acreditada la legitimación en la causa por activa porque (i) la señora Matilde afirmó actuar como agente oficiosa de su hija Paula; y (ii) a la fecha de presentación de la tutela, 16 de octubre de 2024, la agenciada se encontraba hospitalizada, procurando su recuperación. Lo segundo, no solo encuentra sustento en el dicho de la accionante, también da cuenta de ello la respuesta y la historia clínica remitida por el Hospital San Ignacio[43].

46. Pese a lo anterior, teniendo en cuenta que la agenciada es mayor de edad, así como la presunción de capacidad de todas las personas, en atención a lo dispuesto por los artículos 1503 del Código Civil[44], 6 de la Ley 1616 de 2013[45] y 6 de la Ley 1996 de 2019[46], la magistrada ponente, a través de auto de pruebas del 16 de julio de 2025, requirió a la señora Matilde para que sustentara las razones que imposibilitaban a su hija Paula para ejercer directamente la acción de tutela.

47. El 22 de julio de 2025, Paula remitió un escrito en el que señaló “manifiesto que únicamente ratifico la presente acción de tutela en cuanto a que los tratamientos de mi trastorno neuropsiquiátrico sean cubiertos por el plan complementario de Compensar, bajo la modalidad ambulatoria y/o consulta externa, y expreso enfáticamente que no autorizo internación en institución psiquiátrica, en ninguna circunstancia”[47].

48. Conforme lo expuesto, la Sala considera que en el expediente reposan suficientes elementos que acreditan que, efectivamente, a la fecha de presentación de la tutela Paula se encontraba en imposibilidad de promover el amparo por su cuenta. Además, la ratificación que la agenciada allegó en sede de revisión se considera suficiente para dar por sentado que está de acuerdo con la presentación de la tutela y comprender lo que pretende con la misma; con excepción de los eventuales procesos de internación frente a los cuales no dio su consentimiento.

49. Por otra parte, en el expediente T-11.067.791 se encuentra acreditada la legitimación en la causa por activa porque el señor Roberto ejerce la representación legal de su hijo Pedro de 4 años de edad. Lo anterior, se acredita con el registro civil de nacimiento de Pedro, el cual se aportó como anexo de la demanda[48].

3.2. Legitimación en la causa por pasiva

50. En relación con la legitimación en la causa por pasiva, el artículo 86 constitucional dispuso que la acción de tutela puede ser interpuesta contra (i) autoridades públicas, (ii) particulares, respecto de quienes el accionante se encuentre en un estado de indefensión o subordinación, y (iii) particulares que presten un servicio público, cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo. Por su parte, la Corte ha señalado que se refiere a la capacidad legal de quien es el destinatario de la acción de tutela para ser demandado, pues está llamado a responder por la vulneración o amenaza del derecho fundamental[49].

51. En el expediente T-10.949.807, la EPS Compensar se encuentra legitimada pues es la entidad que presta el servicio de salud[50], y tiene la aptitud legal para controvertir las pretensiones que se dirigen en su contra, por ser la entidad a la cual se encuentra afiliada Paula y de quien se alegan las omisiones que impactan en sus derechos fundamentales. Además, la prestación del servicio por medio de un Plan Complementario[51] no desconoce la calidad de servicio público que se le ha dado por mandato constitucional[52].

52. En lo que respecta a las Clínicas Santa Fe, Monserrat, La Inmaculada y Los Cobos, así como el Hospital San Ignacio están legitimadas en la causa por pasiva porque, en su calidad de IPS[53], prestan el servicio de salud y, de acuerdo con la información que reposa en el expediente, habrían prestado servicios de salud a favor de Paula. En consecuencia, cumplen un rol determinante en la garantía de los derechos que, presuntamente, habrían sido vulnerados.

53. No ocurre lo mismo respecto de la Clínica de la Mujer, pese a tratarse de una IPS que ha brindado atención médica a la agenciada. En concreto, la prestación de servicios a Paula ocurrió dos años antes de la presentación de la tutela; de modo que sus actuaciones no son las cuestionadas en esta oportunidad. En tal sentido, la accionante Matilde informó que su hija Paula "no fue remitida en ningún momento a la Clínica de la Mujer durante el año 2024, y no hubo ninguna vulneración de sus derechos fundamentales atribuibles a dicha IPS"[54].

54. Ahora bien, el Ministerio de Salud y Protección Social también está legitimado por pasiva porque es el ente rector del sector, responsable de regular el Plan de Beneficios en Salud – PBS y director de la política pública en salud[55]. En particular, la Ley 1616 de 2013, modificada por la Ley 2460 de 2025, le asignó al Ministerio la función de establecer las acciones de promoción en salud mental y prevención del trastorno mental[56], así como la adopción del modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental[57].

55. En el expediente T-11.067.791 Colsanitas Medicina Prepagada se encuentra legitimada por pasiva porque, a través de un plan adicional de salud, presta el servicio de salud al niño Pedro y tiene la aptitud legal para controvertir las pretensiones que se dirigen en su contra, por ser la primera entidad de quien se alega la vulneración de los derechos del menor de edad. Lo mismo ocurre con la EPS Sanitas, por ser la promotora de salud a la cual se encuentra afiliado el niño y una de las entidades de quienes se alegan las omisiones que impactan en los derechos fundamentales del convocante.

56. Por su parte, la Nueva EPS no se encuentra legitimada en la causa por pasiva porque no tiene a su cargo la afiliación de Pedro, como se evidencia en el sistema de Consulta de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), y del material probatorio remitido no se extrae algún reproche por alguna actuación u omisión que le sea atribuible.

57. Por último, la Superintendencia Nacional de Salud tampoco se encuentra legitimada para este asunto porque solamente ejerce funciones de inspección, vigilancia y control a los prestadores del servicio de salud[58]; asunto que no se cuestiona en este expediente. Lo anterior sin perjuicio de la Circular Externa 2022151 000000051-5 de 2022, que modifica la Circular 047 de 2007[59], para las entidades promotoras de salud del régimen contributivo que administren planes complementarios de salud, empresas de medicina prepagada, empresas de servicio de ambulancia prepagada.

3.3. Inmediatez

58. Según lo dispuesto por el artículo 86 de la Constitución y el artículo 1° del Decreto 2591 de 1991 la acción de tutela puede ser interpuesta en cualquier momento y lugar. No obstante, la jurisprudencia constitucional ha precisado que esta debe ejercerse dentro de un término razonable, a partir del hecho que originó la presunta amenaza o vulneración[60].

59. Aunque ni la Constitución ni la ley establecen un término de caducidad, la jurisprudencia ha señalado que le corresponde al juez de tutela, en cada caso, verificar si la acción se interpuso de forma oportuna, teniendo en cuenta la situación personal del peticionario y las particularidades del caso concreto, pues en determinados eventos, tales como estado de indefensión, abandono, minoría de edad o incapacidad física, esta hace desproporcionada la exigencia de presentar la acción de tutela en un término breve[61].

60. En el expediente T-10.949.807, la señora Matilde presentó la acción de tutela el 16 de octubre de 2024, con ocasión de (i) una respuesta de la EPS Compensar – Plan Complementario-, calendada 23 de septiembre de 2024, en la que le informaba a la agenciada que el diagnóstico “trastorno mixto alimentario (anorexia, bulimia)” estaba

excluido del Plan Complementario; (ii) la decisión de la EPS Compensar, del 9 de octubre de 2024, relacionada con la suspensión de la autorización generada a favor de Paula, para que recibiera atención en la Unidad de Salud Mental de la Clínica Monserrat y remitirla al Hospital San Ignacio; y (iii) la decisión de la EPS Compensar, de fecha 16 de octubre de 2024, con la cual dispuso la remisión de Paula a la Unión Temporal Redes Médicas, para el manejo de sus padecimientos asociados al “trastorno mixto alimentario”.

61. Conforme lo anterior, se comprueba que entre las conductas de la EPS Compensar que se reprochan (23 de septiembre, 9 de octubre y 16 de octubre de 2024) y la presentación de la tutela (16 de octubre de 2024) trascurrieron 23, 7 y 0 días, respectivamente; término que se considera razonable.

62. En el expediente T-11.067.791 el señor Roberto presentó la acción de tutela el 17 de enero de 2025, con ocasión de la negativa de Colsanitas Medicina Prepagada, del 10 de enero 2025, para autorizar los procedimientos solicitados.

63. Conforme lo anterior, se comprueba que entre la fecha de la conducta reprochada a la aseguradora Colsanitas (10 de enero de 2025) y la presentación de la tutela (17 de enero de 2025) trascurrieron apenas 7 días; término razonable.

3.4. Subsidiariedad

64. De conformidad con los artículos 86 de la Constitución y 6 del Decreto 2591 de 1991, la acción de tutela es un mecanismo subsidiario y residual frente a los demás medios ordinarios de defensa judicial[62], de modo que solo procede en dos supuestos: (i) como mecanismo de protección definitivo, cuando los accionantes no dispongan de otro medio judicial idóneo y

eficaz[63] o (ii) como mecanismo transitorio, en caso de que el accionante pretenda evitar un perjuicio irremediable[64].

65. En los casos que involucran planes adicionales de salud, la jurisprudencia de la Corte ha concluido que ni el proceso ordinario ante la Superintendencia Nacional de Salud ni la acción resolutiva o de cumplimiento, dispuesta en el artículo 1546 del Código Civil, son mecanismos idóneos o eficaces para exigir la prestación de los servicios de salud[65].

66. El primero porque la Superintendencia Nacional de Salud aún tiene una capacidad limitada respecto a sus competencias jurisdiccionales y enfrenta un déficit estructural[66] para solucionar las controversias. Además, la ley que regula el trámite no define un término para resolver el recurso de apelación que se pueda interponer respecto de las decisiones jurisdiccionales de la entidad, ni prevé un mecanismo para garantizar el efectivo cumplimiento de la decisión[67].

67. En lo que respecta a la acción civil frente a reclamos contractuales, la jurisprudencia ha sostenido que existen situaciones estructurales y normativas que hacen que no sea idónea ni eficaz, tales como la congestión del sistema judicial y que el objeto de la acción ordinaria se limita a determinar el incumplimiento de ciertas obligaciones, sin ahondar en transgresiones de derechos fundamentales. En tal sentido, se ha recordado que no puede perderse de vista que (i) la controversia de los planes adicionales de salud involucra la prestación del servicio público de salud; (ii) los usuarios de las empresas que prestan tales servicios se encuentran en estado de indefensión frente a la entidad; (iii) tratándose de planes de medicina prepagada e incluso de pólizas de salud, los contratos son considerados de adhesión; y que (iv) cuando se habla de sujetos en condición de vulnerabilidad, no puede decirse que se trate de una mera discusión contractual, por cuanto la controversia involucra la amenaza de derechos como la vida y la dignidad de las personas[68].

68. Visto lo anterior, es claro que en ambos procesos acumulados se cumple el requisito de subsidiariedad, toda vez que, (i) ni el mecanismo ante la Superintendencia Nacional de Salud ni el proceso ante la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil, resultan idóneos ni eficaces; (ii) la acción de tutela se interpuso ante la negativa de la EPS Compensar y Colsanitas, respectivamente, de brindar una atención urgente en salud; (iii) se advierte una posible afectación a los derechos fundamentales de sujetos de especial protección, tanto por su edad como por condición de salud, respecto de quienes la jurisprudencia ha reconocido tal calidad[69]; y (iv) la aplicación de cláusulas genéricas de exclusión no puede desconocer el núcleo esencial del derecho a la salud[70].

4. Presentación del caso y formulación de los problemas jurídicos

69. Paula (expediente T-10.949.807) es una mujer de 24 años, afiliada al Plan Complementario de la EPS Compensar, cuanto menos, desde el 1° de agosto de 2001[71], es decir desde que tenía cinco meses de nacimiento[72]. Actualmente, está diagnosticada[73] con trastorno afectivo bipolar[74], trastornos de la conducta alimentaria[75], trastornos de la personalidad[76], problemas psicosociales[77] y otros trastornos físicos y neurológicos[78].

70. Durante el año 2024, para el manejo de los trastornos de la conducta alimentaria, Paula ingresó por urgencias en tres ocasiones[79]: del 10 de marzo al 22 de marzo[80], del 1 de octubre al 8 de noviembre[81] y del 29 de noviembre al 23 de diciembre[82]. La controversia en estudio surgió durante el curso de la segunda hospitalización, toda vez que, la EPS Compensar –Plan Complementario- dejó de brindar cobertura a los padecimientos de la accionante, con base en la cláusula 9.9[83] del contrato de prestación de servicios que adquirió la accionante con la aseguradora. En su lugar, la EPS Compensar autorizó la prestación de servicios a Paula a través de la red de prestadores contratados para el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

71. Según Paula y su madre, el actuar de Compensar –plan complementario- vulnera sus derechos a la salud y a la vida, pues desconoce la jurisprudencia constitucional sobre el deber de las aseguradoras de garantizar la continuidad de los tratamientos requeridos por los afiliados, especialmente los relacionados con salud mental, para lograr su recuperación o estabilización, y la invalidez de las cláusulas que excluyen los tratamientos para la salud mental de los planes adicionales de salud.

72. Así las cosas, la Sala entiende que el objetivo central del amparo radica en la prestación de los servicios médicos requeridos por Paula para los diagnósticos "trastorno afectivo bipolar", "trastornos de la conducta alimentaria", "trastornos de la personalidad, "problemas psicosociales" y "otros trastornos físicos y neurológicos", a través la red de prestadores de servicio contratada por el plan complementario de Compensar EPS.

73. Por otro lado, Pedro (expediente T-11.067.791), es un niño de 4 años, afiliado a la EPS Sanitas y a Colsanitas Medicina Prepagada, desde el 1° de enero de 2021, es decir desde que tenía 2 meses de nacimiento, y, actualmente, está diagnosticado con "hipospadia penoescrotal".

74. Dada la patología de Pedro, su médica tratante en la especialidad de urología pediátrica ordenó la práctica de los procedimientos "citoscopia transuretral", "corrección de epispadias o hipospadias" y "uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)". Sin embargo, Colsanitas Medicina Prepagada solo autorizó el examen denominado "cistoscopia transuretral", bajo el argumento de que los otros procedimientos no se podían autorizar por tratarse de tratamientos para una patología congénita, en virtud de la cláusula cuarta del contrato[84].

75. Para el accionante, el actuar de Colsanitas Medicina Prepagada vulnera los derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social, teniendo en cuenta que, al suscribir el contrato, la

entidad no realizó examen médico ni valoración alguna para determinar las exclusiones. Por otro lado, el convocante señaló que tampoco ha sido posible la materialización de los servicios requeridos por su hijo, a través de la EPS Sanitas, por falta de autorizaciones.

76. Así las cosas, la Sala entiende que el objetivo central del amparo radica en la no autorización de los servicios “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)”, prescritos a Pedro, por una médica especialista en urología pediátrica, adscrita a Colsanitas Medicina Prepagada.

77. Problemas jurídicos a resolver. Delimitado cada uno de los asuntos en estudio, con el fin de encauzar el objeto de este trámite de revisión constitucional, la Sala Tercera plantea los siguientes problemas jurídicos:

· Expediente T-10.949.807: ¿Una EPS vulnera el derecho a la salud, a la salud mental y a la vida de un usuario de un plan complementario de salud al negarle la prestación de algunos servicios en virtud de una cláusula contractual que excluye la cobertura de los servicios requeridos para el tratamiento de enfermedades nerviosas o mentales crónicas?

· Expediente T-11.067.791 ¿Una empresa de medicina prepagada vulnera los derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social de un menor de edad al negarle la prestación de algunos servicios en virtud de una cláusula contractual que excluye la cobertura de los servicios requeridos para el tratamiento de enfermedades congénitas? y ¿Una EPS vulnera los derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social de un menor de edad al omitir la expedición de autorizaciones de servicios para una IPS en la que fue valorado y espera recibir intervención quirúrgica para una patología que lo aqueja?

78. Aunque los interrogantes no fueron así planteados por los accionantes en sus escritos de tutela, la Sala considera adecuado abordarlos de este modo, con apoyo en el principio iura novit curia (el juez conoce el derecho)[85] y en ejercicio de la facultad con la que cuenta el juez de tutela para proferir fallos extra y ultra petita, que le permite adoptar medidas que excedan o delimiten lo que fue solicitado por la parte accionante, sin tener que ceñirse a resolver las pretensiones tal como fueron formuladas en la demanda original[86]. Con estas delimitaciones se pretende abordar los asuntos desde la imposición de exclusiones por parte de las entidades administradoras de Planes Adicionales de Salud accionadas, y no solamente desde las órdenes que los accionantes pretenden que se les impongan, en aras de evitar que en el futuro se presenten situaciones similares que desconozcan la jurisprudencia constitucional[87].

79. Para resolver los problemas jurídicos planteados, la Sala abordará los siguientes temas: (i) el derecho fundamental a la salud y su garantía reforzada para sujetos de especial protección, (ii) el derecho a la salud mental en Colombia, (iii) la naturaleza jurídica y características de los Planes Adicionales de Salud, y, por último, (iv) se analizarán los casos concretos.

5. El derecho fundamental a la salud y su garantía reforzada para sujetos de especial protección constitucional

80. El derecho a la salud, reconocido en el artículo 49 de la Constitución y la Ley 1751 de 2015, tiene dos dimensiones de amparo, una como derecho y otra como servicio público a cargo del Estado[88]. Su faceta de derecho fundamental implica que sea prestado de manera oportuna, eficiente y con calidad, con fundamento en los principios de continuidad e integralidad[89]; mientras que, su calidad de servicio conlleva que su prestación atienda los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad[90].

81. Este derecho cobra especial relevancia frente a algunos grupos poblacionales. Por ejemplo, cuando se trata de niños, niñas y adolescentes (NNA)[91], en atención a su temprana edad y a su situación de vulnerabilidad. También frente a personas con afectaciones a la salud mental[92], a causa de las implicaciones que tienen frente a la posibilidad de tomar decisiones, interactuar con otros y los padecimientos que implican para ellos y sus familias[93].

82. Respecto de los principios que sustentan la prestación del derecho a la salud, la jurisprudencia ha señalado que la continuidad implica que los servicios de salud no pueden interrumpirse por motivos administrativos o financieros, pues este principio forma parte del núcleo esencial del derecho y la interrupción arbitraria del servicio puede ser contraria a varios derechos fundamentales, especialmente tratándose de sujetos de especial protección[94]. Así, las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos[95], especialmente si se trata de sujetos de especial protección constitucional como los niños, niñas y adolescentes, o personas que padecen dolencias asociadas a la salud mental[96].

83. Por su parte, la integralidad supone que los servicios y tecnologías de salud deben proporcionarse “de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación”[97]. Esto implica que no se debe fragmentar la responsabilidad en la prestación de servicios de salud, y se debe garantizar una atención eficiente, de calidad y oportuna en todas las etapas de la atención médica, desde la prevención hasta la recuperación del estado de salud de la persona[98].

6. La importancia del derecho a la salud mental

84. La salud mental se define como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”[99]. Bajo este enfoque, la Ley 1616 de 2013 reconoció a la salud mental como un derecho fundamental, de interés y prioridad nacional[100].

85. La Ley 1616 de 2013 estipula un catálogo de derechos de los que son titulares las personas con ese tipo de padecimientos, tales como (i) recibir atención integral e integrada y humanizada; (ii) recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico; (iii) obtener la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica; (iv) percibir las intervenciones que menos restrinjan sus libertades individuales, y (v) tener un proceso psicoterapéutico, entre otros.

86. De igual forma, la ley de salud mental promueve la atención integral e integrada en salud mental. De este marco normativo se destaca que el Ministerio de Salud y Protección Social adoptará el modelo de atención integral e integrada, los protocolos de atención y las guías de atención integral en salud mental. También se destaca la idea de que la atención integral en salud mental no se reduce a un tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico, sino que debe incluir acciones complementarias al tratamiento tales como la integración familiar, social, laboral, educativa y cultural; y que la red de prestación de servicios en salud mental debe garantizar calidad, oportunidad, complementariedad y continuidad.

87. En cuanto a los prestadores de servicios[101] y la Superintendencia Nacional de Salud, la Ley 1616 de 2013 establece que los primeros deberán garantizar y prestar sus servicios de conformidad con las políticas, planes, programas, modelo de atención, guías, protocolos y modalidades de atención definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social; mientras que la entidad pública ejercerá las acciones de inspección, vigilancia y control y, en conjunto

con el Ministerio de Salud y Protección Social, establecerá mecanismos de monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones de promoción de la salud mental[102].

88. Al respecto, la Corte ha señalado que el derecho a la salud mental es una garantía irrenunciable que comprende el acceso a asistencias clínicas de manera oportuna, continua y eficaz, sin barreras administrativas o burocráticas[103]. Además, la Corte ha entendido que los pacientes con enfermedades mentales como los trastornos de ansiedad y depresión, se encuentran en estado de debilidad manifiesta por las características propias de estas patologías, ya que afectan múltiples aspectos de la vida de quienes las padecen, e impiden el desempeño de las actividades cotidianas, como el estudio o el trabajo[104].

7. Naturaleza y alcance de los planes adicionales de salud. Reiteración de jurisprudencia[105]

89. De conformidad con el artículo 49 la Constitución Política, la atención en salud es un servicio público esencial a cargo del Estado. Para materializar este mandato, la Ley 100 de 1993 estableció el principio de universalidad, según el cual todos los colombianos deben estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), ya sea mediante el régimen contributivo o el subsidiado. Ambos regímenes garantizan el acceso al Plan de Beneficios en Salud (PBS), conjunto de servicios y tecnologías cuya prestación está a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS)

90. Además, la Ley 100 de 1993 contempla la posibilidad de que los afiliados adquieran Planes Adicionales de Salud (PAS), entre los que se incluyen la medicina prepagada, los planes de atención complementaria y las pólizas de salud[106]. Estos planes permiten a los usuarios acceder a beneficios que exceden las garantías del PBS y que son financiados con recursos privados distintos a las cotizaciones obligatorias[107].

91. En principio, los Planes Adicionales de Salud se desarrollan mediante relaciones contractuales regidas por el derecho civil y comercial, bajo el principio general de que “el contrato es ley para las partes”. Sin embargo, también es cierto que existe una faceta constitucional, en atención de la naturaleza de servicio público de la salud y su comprensión como un derecho fundamental. Bajo este enfoque, la jurisprudencia ha sistematizado una serie de criterios que deben seguir estas relaciones contractuales.

Criterios aplicables a los PAS[108]

1. Los contratos para la prestación de servicios adicionales de salud no pueden ser celebrados ni renovados con personas que no se encuentren afiliadas al plan [obligatorio] de beneficios.

2. Antes de suscribir el contrato de medicina prepagada, las empresas deben realizar exámenes médicos lo suficientemente rigurosos, cuyo propósito es detectar preexistencias, determinar las exclusiones expresas en el contrato y permitir que el usuario manifieste su intención de continuar con el negocio jurídico, conociendo tales exclusiones.

3. El acuerdo de voluntades debe fundarse tanto en el principio de la buena fe, como en la confianza mutua entre contratantes.

4. Las empresas prestadoras de servicios adicionales de salud deben: i) dar cumplimiento estricto a todas las cláusulas del contrato suscrito con el usuario; ii) 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; y iii) actuar dentro del marco normativo que regula la materia.

5. Durante la ejecución del contrato de medicina prepagada la empresa no puede modificar unilateralmente las condiciones para su cumplimiento.

6. La empresa de medicina prepagada no puede desplazar a la EPS su responsabilidad en la atención médica de las enfermedades cubiertas en el contrato.

7. 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, siempre que ello se halle justificado constitucionalmente.

8. 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.

9. Al ser contratos de adhesión, las empresas deben evitar los abusos de posición dominante que puedan darse en el marco de la celebración o ejecución. Especialmente si dichas imposiciones, u omisiones, no se encuentran soportadas en el texto del negocio jurídico e implican el desconocimiento de derechos fundamentales.

10. En caso de duda, ésta debe resolverse a favor de esa parte débil en el contrato, sin perjuicio de que en situaciones concretas pueda demostrarse su mala fe, lo que, debidamente probado, ha de invertir los razonamientos jurídicos que se hayan adelantado.

Tabla 3. Criterios aplicables a los PAS. Adoptada de la Sentencia T-560 de 2023.

92. Por último, es preciso recordar que la Corte ha subrayado que las cláusulas genéricas de exclusión no son oponibles al usuario, pues violan la igualdad contractual de las partes en perjuicio del afiliado, y constituyen una amenaza a sus derechos fundamentales. Esta prohibición también aplica para las cláusulas que excluyan tosas las enfermedades congénitas, genéticas, hereditarias, o los estudios para su diagnóstico[109].

8. Análisis de los casos concretos

93. Conforme a lo expuesto, la Sala analizará cada caso concreto, para lo cual expondrá las posiciones de las partes, examinará los elementos específicos de cada caso en función del

problema jurídico y, si detecta una vulneración de los derechos fundamentales de los accionantes, adoptará las medidas necesarias para garantizar su protección.

8.1. Expediente T-10.949.807: Compensar Plan Complementario vulneró los derechos de Paula, al aplicar una cláusula genérica de exclusión para negar el tratamiento de las enfermedades mentales

94. Paula (24 años) está afiliada al Plan Complementario de la EPS Compensar, por lo menos, desde el 1° de agosto de 2001[110], y padece trastorno afectivo bipolar, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad y problemas psicosociales, entre otros.

95. El 27 de agosto de 2024, la accionante ingresó por urgencias a la Clínica Santa Fe, con los diagnósticos de “dolor abdominal localizado en parte superior” y “trastorno mixto alimentario”. Dicho servicio finalizó el 30 de agosto de 2024 porque Compensar -Plan Complementario- negó una autorización para “estancia en piso”, con fundamento en que el “trastorno mixto alimentario” se encontraba excluido del contrato de Plan Complementario. Por lo anterior, Paula presentó una petición para que su aseguradora asumiera la cobertura de su patología, teniendo en cuenta que su contrato no tenía exclusiones.

96. El 23 de septiembre de 2024, la EPS Compensar negó la petición. Para ello invocó la cláusula 9.5 de exclusión del contrato del plan complementario[111] y señaló que la cobertura de los servicios requeridos se daría por medio de la EPS, y no a través del plan adicional en salud.

97. El 1° de octubre de 2024, Paula volvió a ingresar a urgencias de la Clínica Santa Fe, esta vez con los diagnósticos de “cefalea”, “trastorno de ansiedad, no especificado” y “náuseas y

vomito”. En cuanto ingresó, la Clínica solicitó a Compensar la autorización para “estancia en piso”, pero la aseguradora se negó. Esto dio lugar a que la accionante, (i) radicara una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, el 5 de octubre de 2024, cuya contestación se desconoce, y (ii) permaneciera en urgencias de la Clínica Santa Fe hasta el 07 de octubre de 2024, fecha en la cual se autorizó la remisión para la Clínica La Inmaculada. De la epicrisis del 1° al 7 de octubre de 2024, se evidencia que los médicos psiquiatras que valoraron a la accionante, durante su estancia en la Clínica Santa Fe, establecieron como plan de manejo la remisión de la paciente a una unidad de salud mental para manejo de síntomas agudos.

98. Entre el 7 y el 10 de octubre de 2024, Paula permaneció en la Clínica La Inmaculada, donde recibió atención médica por parte de psiquiatría, terapia ocupacional y física, trabajo social, nutrición y dietética y medicina general. Dicha hospitalización finalizó porque los médicos tratantes consideraron beneficioso el traslado a un centro de mayor complejidad, para que se diera tratamiento multidisciplinario al alto riesgo de síndrome de renutrición[112] de la paciente.

99. El 10 de octubre de 2024, el Hospital San Ignacio recibió a Paula por traslado primario, teniendo en cuenta la necesidad de manejo por alta complejidad. La usuaria permaneció en urgencias hasta el 16 de octubre de 2024, fecha en la que la EPS autorizó el manejo integral en la entidad[113], que se extendió hasta el 8 de noviembre de 2024. En la primera parte de la hospitalización se dio manejo nutricional con ajustes alimentarios al diagnóstico de la paciente; mientras que, en la segunda, se brindaron diversos servicios[114], por tratarse de hospitalización por salud mental.

100. En medio de la hospitalización de Paula en el Hospital San Ignacio, la señora Matilde, en calidad de agente oficiosa de su hija Paula, interpuso la acción de tutela en estudio. La madre solicitó al juez de tutela ordenar a Compensar que (i) eliminara la exclusión impuesta respecto del tratamiento alimenticio de su hija, así como cualquier barrera en el tratamiento integral e interdisciplinario de su salud física y mental; (ii) designara una institución que

garantizará el tratamiento, seguimiento y evolución de las patologías neuropsiquiátricas de la agenciada y autorizara la continuidad del tratamiento en la Clínica La Inmaculada u otra de mejores características; (iii) brindara atención integral e interdisciplinaria; y (iv) ordenara el reembolso de las sumas pagadas por gastos hospitalarios.

101. Luego de la presentación de la tutela, acaecieron otros hechos que se conocieron en sede revisión. Primero, entre el 29 de noviembre y el 10 de diciembre de 2024, Paula estuvo hospitalizada en la Clínica Los Cobos, con ocasión de sus trastornos alimenticios y depresión, por lo que los médicos que le brindaron servicios de urgencias primarias dispusieron la remisión a una unidad de salud mental, con la cual no cuenta la IPS.

102. Segundo, entre el 10 y el 23 de diciembre de 2024, Paula estuvo hospitalizada en la Clínica Monserrat por el diagnóstico de “anorexia nerviosa”. Allí recibió atención por parte de psiquiatría, nutrición, psicología, terapia ocupacional; y fue dada de alta por control de los síntomas.

103. Tercero, en lo corrido de 2025, Paula ha recibido (i) atención en la Clínica Monserrat los días 2 y 9 de enero, por la especialidad de psiquiatría, con el fin de hacer control postegreso de hospitalización; así como (ii) los servicios de psiquiatría, psicología y terapias en la Clínica La Inmaculada, los días 17 de febrero, 06, 11, 18 y 25 de marzo, 9 y 22 de abril, 21 de mayo, 10 y 12 de junio, 11 de julio. De los reportes médicos de la Clínica La Inmaculada se evidencia que, en el año en curso, Paula ha tenido adhesión al tratamiento y no ha estado hospitalizada.

104. En su intervención, la EPS Compensar indicó que ha prestado a Paula todos los servicios, procedimientos y tratamientos contemplados en el plan de beneficios en salud y el clausulado del Plan de Atención Complementaria. Sin embargo, la entidad insistió en que el diagnóstico de anorexia nerviosa está excluido del Plan de Atención Complementaria por

considerarse como enfermedad nerviosa mental crónica.

105. Bajo este contexto, la Sala comenzará por evaluar la conducta de Compensar y los argumentos que esta adujo para negar la atención en salud a través del plan complementario de salud. El 25 de septiembre de 2024, la entidad señaló que el motivo por el cual el plan adicional de salud no cubría el tratamiento de Paula era la cláusula 9.5 del contrato, según la cual se excluyen las “enfermedades o accidentes, causados bajo el efecto del alcohol o drogas no prescritas médicamente”. Luego, cuando la aseguradora rindió informe ante el juez de instancia y ante la Corte, cambió su fundamento, para señalar que la cláusula de exclusión relevante era la 9.9 relacionada con “lesiones por intento de suicidio, así como curas de reposo o tratamiento hospitalario para enfermedades nerviosas o mentales crónicas”.

106. Al analizar los fundamentos expuestos por la entidad accionada, la Sala Tercera encuentra demostradas las alegaciones de la demandante, en torno a que Compensar -Plan Complementario- conculcó los derechos de Paula a la salud, a la salud mental y a la vida digna. Esto debido a que la entidad demandada: (i) fundamentó la negativa del servicio en una cláusula contraria a los principios que deben regir los planes adicionales de salud; (ii) afectó la continuidad en la prestación del servicio que ella requería; y (iii) retrasó el manejo clínico que demandaba su padecimiento.

107. De manera preliminar, la Sala Tercera advierte que Compensar tuvo la oportunidad de allegar el contrato del plan complementario suscrito con la usuaria, pero se limitó a remitir una minuta general de afiliación. Ahora bien, aceptando que dicho documento refleja fidedignamente el contrato entre las partes, se advierte un problema con las causales que invoca la entidad.

108. De un lado, la cláusula 9.5 del contrato se refiere a “enfermedades o accidentes,

causados bajo el efecto del alcohol o drogas no prescritas médicamente". Presupuesto que parece atribuirle una responsabilidad a Paula sobre su condición de salud, pero que no encuentra expresamente respaldo en la historia clínica y tampoco Compensar logró acreditar tal situación dentro del expediente. Por el contrario, dicha causal termina insinuando la responsabilidad de la afiliada por sus padecimientos.

109. Del otro lado, la cláusula 9.9 relacionada con "tratamiento hospitalario para enfermedades nerviosas o mentales crónicas" resulta demasiado general e imprecisa sobre el objeto excluido, de modo que no se cumple el estándar de precisión y taxatividad que reclama la jurisprudencia constitucional frente a los planes adicionales de salud. En efecto, Compensar no demostró qué entiende por enfermedades nerviosas o mentales, y cuándo estas se convierten en "crónicas". Tampoco es claro qué significa en este contexto el servicio de "tratamiento hospitalario"; más aún, teniendo en cuenta las distintas alternativas de tratamiento que, a título ilustrativo, expuso la Universidad del Rosario[115].

110. De igual forma, en ningún lugar del contrato se determina que los trastornos alimenticios se encuentren expresamente excluidos de tratamiento y prestación de servicios de salud por parte de la accionada; o si la exclusión se refiere a un diagnóstico concreto o a simples síntomas previos, lo cual constituye una cláusula abierta.

111. En últimas, Compensar no argumentó cómo los trastornos específicos que enfrenta Paula y los tratamientos que requiere entrarían en dicha exclusión, más allá de una tesis demasiado amplia, según la cual todo tratamiento relacionado con una enfermedad mental que se extienda en el tiempo quedaría virtualmente excluido del plan complementario. Además, como ha sostenido esta Corte, en caso de duda sobre la cláusula de un contrato de medicina, ésta debe resolverse a favor de la parte débil[116], a saber, el afiliado.

112. La exclusión que ahora invoca Compensar ocasionó una interrupción del servicio con

base en razones administrativas que desconocen la necesidad de una atención integral y oportuna en salud mental, lo cual desconoce que el derecho a la salud mental exige una protección reforzada y la prestación del servicio en condiciones de continuidad e integridad. En efecto, el 27 de agosto y el 1° de octubre de 2024, Paula ingresó por urgencias a la Clínica Santa Fe por padecimientos derivados de sus trastornos de la conducta alimentaria pero no fue atendida por motivos administrativos o financieros alegados por la aseguradora. En concreto, por la negativa de Compensar para autorizar la "estancia en piso" en la Clínica Santa Fe. Después de acudir a distintas instituciones, la atención intrahospitalaria en una unidad de salud mental solo fue posible pasados 16 días.

113. Los obstáculos que surgieron contravienen las garantías que la Ley 1616 de 2013 dispuso para el manejo de la salud mental. En particular, el derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental[117]; de una manera oportuna, suficiente, continua, pertinente y de fácil accesibilidad a servicios de promoción, prevención, detección temprana, diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación en salud mental[118].

114. Ahora bien, en lo que respecta a las IPS Clínica Santa Fe, Clínica La Inmaculada, Clínica Monserrat, Clínica Los Cobos y el Hospital San Ignacio, la Sala Tercera no observa una vulneración a los derechos de Paula que les sea atribuible, toda vez que, no dependen de ellas la cobertura que los planes adicionales de salud ofrecen a sus afiliados. Estas instituciones tampoco están obligadas a contratar con todos los planes adicionales de salud[119].

115. Las instituciones antes referidas demostraron haber brindado los servicios requeridos por la accionante, según los convenios que tuviera vigentes con la EPS Compensar, a través del PBS o el Plan Complementario. Por lo anterior, la Corte no encuentra una actuación u omisión que les sea atribuible en este expediente de tutela.

116. Este asunto, en todo caso, amerita una reflexión adicional del juez constitucional sobre los trastornos de conducta alimentaria. Aunque las enfermedades mentales son comunes[120], suelen cargar un estigma que se traduce en actitudes, creencias y estereotipos negativos que las personas pueden tener hacia aquellos con condiciones de salud mental[121]. En particular, la anorexia y la bulimia están caracterizadas por desórdenes severos del comportamiento alimenticio que afectan principalmente a las mujeres jóvenes, "por ser esta una etapa de la vida en la que se construyen la autoestima y la identidad, se presentan cambios a nivel emocional y hay una mayor susceptibilidad a seguir ejemplos, modelos y comportamientos del entorno, los cuales, muchas veces están relacionados con los estereotipos culturales y la publicidad alrededor de la imagen corporal, la belleza y la delgadez"[122]. Lo que da cuenta de la necesidad de un enfoque interseccional de visibilización, comprensión y atención.

117. Los informes allegados por las clínicas vinculadas, así como el concepto de la Universidad del Rosario, explican que los trastornos de la conducta alimentaria tienen diversas fases de tratamiento que, con frecuencia, incluyen hospitalización, estabilización y tratamiento por equipos interdisciplinarios. Sin embargo, este tipo de atención especializada tiene una cobertura limitada, incluso dentro de una ciudad capital como Bogotá.

118. En cuanto a los tratamientos para los trastornos alimentarios, (i) la Clínica Santa Fe informó que ofrece manejo hospitalario de complicaciones médicas graves y hospitalización general para estabilización nutricional, transición a alimentación oral y control de complicaciones, luego de lo cual remite a los pacientes a centros especializados; (ii) la Clínica Monserrat anunció que cuenta con unidad de hospitalización, infraestructura técnica y recurso humano interdisciplinario capacitado para brindar tratamiento intrahospitalario a pacientes con enfermedades mentales; (iii) la Clínica Los Cobos afirmó que no cuenta con unidad de salud mental, pero que puede actuar como punto de entrada al sistema; y (iv) el Hospital San Ignacio advirtió que cuenta con unidad de salud mental de adultos para atención de pacientes con diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria en sus

diferentes variaciones, lo cual incluye modalidad intramural y un programa ambulatorio de tratamiento psicología y psiquiatría.

119. Visto lo anterior, el juez constitucional no puede ordenar el tratamiento en una determinada institución, como lo pretende la accionante, pues tal remisión depende de la condición actual de Paula, del tratamiento que requiera según la valoración médica y de la institución que pueda ofrecer dicho servicio especializado.

120. En conclusión, Compensar Plan Complementario vulneró los derechos a la salud, a la salud mental y a la vida de Paula, pues se abstuvo de autorizar oportunamente los servicios requeridos para el tratamiento de sus "trastornos de la conducta alimentaria" y las patologías derivadas de aquellos, a través de la red de prestadores del Plan Complementario, con base en una cláusula genérica de exclusión. Esto hizo que se prolongara el inicio del tratamiento interdisciplinar que requería la paciente para tratar la desnutrición proteico-calorica severa que la aquejaba al momento de presentación de la tutela. Además, desconoció los principios de continuidad e integralidad, intrínsecos al derecho a la salud.

121. Por las razones expuestas, esta Sala (i) revocará las decisiones de instancia; (ii) concederá el amparo a los derechos fundamentales a la salud, a la salud mental y a la vida de Paula; y (iii) ordenará a la EPS Compensar Plan Complementario que se abstenga de imponerle a la accionante cláusulas inválidas de exclusión. Por el contrario, en virtud del principio de integralidad, deberá garantizar que la accionante pueda continuar con los procedimientos, tratamientos, servicios o intervenciones que los médicos tratantes le ordenen, con ocasión de sus diversos trastornos asociados a la salud mental, a través de los prestadores con los que tenga convenio el Plan Complementario.

122. Además, se advertirá a la EPS Compensar Plan Complementario y a las IPS Clínica Santa Fe, Clínica La Inmaculada, Clínica Monserrat, Clínica Los Cobos y el Hospital San Ignacio para

que tengan en cuenta el consentimiento informado[123] de Paula para recibir tratamiento. Este aspecto, cobra relevancia en el asunto porque cuando la accionante ratificó su consentimiento respecto de la tutela, que presentó su madre Matilde en su nombre, fue enfática en que no autorizaba internación en institución psiquiátrica, en ninguna circunstancia.

123. Por otro lado, respecto de la pretensión de reembolso de las sumas pagadas por gastos hospitalarios, producto de la exclusión del Plan Complementario de Salud, la señora Matilde, en calidad de agente oficiosa de Paula, o la propia accionante, podrá acudir de forma directa a la EPS o a los mecanismos judiciales ordinarios. Esto por tratarse de una pretensión monetaria[124].

8.2. Expediente T-11.067.791: Colsanitas Medicina Prepagada vulneró los derechos de Pedro, al aplicar una cláusula genérica de exclusión de enfermades congénitas

124. Pedro (4 años) está afiliado a Colsanitas Medicina Prepagada desde el 1° de enero de 2021, y padece “hipospadia penoescrotal”. El 18 de diciembre de 2024, la especialista en urología pediátrica, Andrea Bolaños Gómez, le ordenó la práctica de los procedimientos “citoscopia transuretral”, “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)”, para corregir la “hipospadia” que le ocasiona dolor al orinar y escapes de orina esporádicos e involuntarios.

125. El 10 de enero de 2025, Colsanitas autorizó el procedimiento denominado “citoscopia transuretral”, pero negó la autorización para la “corrección de epispadias o hipospadias” y la “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)”, bajo el argumento de que se trata de una patología congénita.

126. El 17 de enero de 2025, Roberto, en representación de su hijo Pedro, interpuso la acción de tutela para que se ordenara a Colsanitas Medicina Prepaga que (i) continuar con la prestación integral de los servicios de salud que se deriven de la patología denominada “hipospadia penoescrotal”; (ii) autorizar los procedimientos ordenados por la médica tratante de su hijo, (iii) practicar los procedimientos prescritos en la Clínica Reina Sofía de Bogotá, con la inclusión de todos los servicios que se deriven de las respectivas atenciones, (iv) renovar la autorización para el servicio “cistoscopia transuretral”, en caso de que a la fecha de autorización de los procedimientos “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)” se encontrara vencida; y (v) brindar tratamiento integral.

127. En el trámite de la acción de tutela, el 31 de marzo de 2025, Pedro fue valorado por la especialidad de urología pediátrica, en la IPS Clínica Infantil Santa María del Lago de Bogotá, adscrita al plan de beneficios en salud. Allí, el profesional tratante le prescribió los mismos servicios que habían sido ordenador por la médica adscrita al plan de medicina prepagada, que atendió al niño el 18 de diciembre de 2024. Además, el galeno generó orden para consulta por anestesiología y “urocultivo prequirúrgico”. Según narración del accionante[125], que no fue desvirtuada por la EPS Sanitas[126], el médico señaló que la valoración por anestesiología y el “urocultivo” debían practicarse en la misma IPS Clínica Santa María del Lago, por tratarse del lugar donde se dispensaría toda la atención requerida por el niño.

128. Luego, sin que Roberto radicara las ordenes generadas por el profesional adscrito al plan de beneficios en salud, la EPS Sanitas emitió: (i) autorización de valoración por anestesiología para la IPS Belo Horizonte de Neiva, (ii) autorización para urocultivo para IDIME de Neiva, y (iii) autorización para citoscopia transuretral en el Centro Especializado de Urología SAS de Neiva. Pese a lo anterior, atendiendo la recomendación del médico de la IPS Clínica Santa María del Lago, el 21 de abril de 2025, el accionante, a través de correo electrónico, le solicitó a la EPS Sanitas que se programara la valoración por anestesiología para la IPS Clínica Santa María del Lago, sin que hubiera recibido respuesta hasta el

momento de elaboración de esta providencia.

129. Colsanitas Medicina Prepagada arrimó la minuta del contrato sin firma y la solicitud de contratación al servicio de medicina prepagada, que incluye un cuestionario sobre el estado de salud general, antecedentes personales, antecedentes familiares, enfermedades congénitas y tratamientos actuales o pendientes. Según consta allí, Colsanitas únicamente preguntó por enfermedades congénitas relacionadas con (1) malformaciones del corazón (comunicación interventricular e interauricular, coartación aortica u otros), (2) malformaciones renales (agenesia renal, riñón en herradura u otros), (3) displasia de cadera, y (4) malformación del sistema nervioso central (espina bífida, Arnold Chiari u otros).

130. Además, Colsanitas aportó copia de un correo en el que se requería al señor Roberto que aportara carta solicitud de afiliación, autorización para el tratamiento de datos personales, cuestionario médico, declaración de afiliación a una EPS, formulario examen médica de ingreso (para usuarios con 64 años o más), formato de facturación electrónica, formato único de conocimiento y vinculación del cliente, copia de documentos de identidad, constancia de primer pago y certificado de antigüedad o preexistencias expedido por la compañía de medicina prepagada anterior.

131. Analizadas las pruebas que reposan en el expediente, la Sala encuentra que Colsanitas Medicina Prepagada conculcó los derechos a la salud, a la vida y a la seguridad social del niño Pedro pues la entidad (i) soportó la exclusión de servicios requeridos para corregir la patología denominada “hipospadia penoescrotal” en una cláusula que de manera general se refiere a deformaciones y/o anomalías congénitas[127]; y (ii) con ello afectó la continuidad e integralidad en la prestación del servicio que el niño requiere.

132. Sobre el primer punto, la exclusión que invoca Colsanitas desconoce que el estándar fijado por la jurisprudencia frente a los planes adicionales de salud, en el sentido que las

aseguradoras, antes de suscribir el contrato, deben realizar una valoración médica rigurosa que les permita detectar preexistencias, determinar las exclusiones expresas en el contrato y permitir que el usuario manifieste su intención de continuar con el negocio jurídico, conociendo tales exclusiones. Además, únicamente se pueden excluir válidamente aquellos padecimientos del usuario considerados como preexistencias, previa, expresa y taxativamente mencionadas en las cláusulas del contrato; mientras que las exclusiones generales o imprecisas no son oponibles al usuario.

133. En esta ocasión, el cuestionario sobre el estado de salud y antecedentes al momento de tomar el aseguramiento, es insuficiente porque solo menciona cuatro enfermedades congénitas, entre las cuales no se encuentra la que padece Pedro. Aunado a lo anterior, el correo electrónico que una asesora comercial remitió al señor Roberto, reseñado en el párrafo 131, evidencia que la empresa de medicina prepagada optó por no practicar un examen previo, pues según se lee en el referido mensaje tal valoración solo aplicaba para mayores de 64 años. Así las cosas, en el contrato no quedó ni podía quedar consignada la exclusión de la enfermedad que ahora padece el niño.

134. Ahora bien, el juez de segunda instancia esgrimió que, al momento de suscribir el contrato de medicina prepagada, el accionante tenía conocimiento de la malformación congénita de su hijo, pero omitió informarla. La Sala Tercera no comparte tal razonamiento, dado que no hay prueba que permita establecer que los progenitores tenían certeza del diagnóstico de su hijo, ni de que Colsanitas Medicina Prepagada hubiera solicitado la historia clínica de los primeros días de nacido del niño para determinar las exclusiones.

135. Las epicrisis allegadas al expediente no ofrecen claridad sobre el momento exacto en que se confirmó el diagnóstico de Pedro. En los reportes médicos de los primeros días de vida de Pedro hay anotaciones de “posible hipospadia”[128] y otras de “hipospadia”, sin ser concluyentes. En citas posteriores, los profesionales tratantes refieren 1 mes de evolución[129], 18 meses de evolución[130] o hasta 4 años de evolución[131]; lo cual

confirma la falta de certeza del inicio del diagnóstico tanto para los médicos tratantes como, con mayor razón, para los padres.

136. Respecto del desconocimiento de los principios de continuidad e integralidad, se advierte que, desde el 18 de diciembre de 2024, Pedro cuenta con orden médica para los procedimientos “citoscopia transuretral”, “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)”. Sin embargo, a la fecha de decisión, aquellos no se han podido materializar ni por el Plan de Medicina Prepagada ni por el plan de beneficios en salud. La amenaza sobre los derechos fundamentales tampoco se supera con la autorización del servicio “citoscopia transuretral”[132] porque ello solo es un procedimiento diagnóstico.

137. La Sala reconoce que la relación que vincula al Plan de Medicina Prepagada con Pedro y su progenitor es esencialmente contractual. Por ello, en principio, resulta aplicable la máxima según la cual “el contrato es ley para las partes”, empero no puede perderse de vista que, tales negocios jurídicos por involucrar el derecho fundamental a la salud, deben observar deberes asociados a la buena fe y a evitar los abusos de posición dominante que puedan darse en el marco de la celebración o ejecución.

138. Conforme lo expuesto, Colsanitas Medicina Prepagada se encuentra llamada a prestar los servicios y tratamientos que Pedro requiera para el manejo de la “hipospadia perineal”, por tratarse de un diagnóstico que no está taxativamente excluido del contrato familiar de servicios de medicina prepagada ofrecida dentro del plan integral de Colsanitas.

139. Adicionalmente, es importante reiterar que las empresas de medicina prepagada no pueden desplazar a la EPS su responsabilidad en la atención de las enfermedades cubiertas en el contrato. En tal sentido, es claro que el señor Roberto manifestó su voluntad por que los servicios y procedimientos médicos que requiere su hijo sean asumidos a través de la red de

medicina prepagada, la cual —en su opinión— ofrece un servicio más rápido y confiable; servicio al que —contractual y constitucionalmente— tiene derecho, en los términos antes descritos.

140. Por las razones expuestas, esta Sala (i) revocará las decisiones de instancia. (ii) Concederá el amparo a los derechos fundamentales a la salud, a la vida y a la seguridad social de Pedro. (iii) Ordenará a Colsanitas Medicina Prepagada que se abstenga de imponerle al accionante la cláusula general de exclusión relacionada con enfermedades que sean consecuencia de malformaciones, imperfecciones, deformaciones y/o anomalías congénitas o genéticas, salvo las patologías que hayan sido excluidas expresamente; (iv) en el término de 48 horas siguientes a la notificación del fallo, autorice los servicios denominados "corrección de epispadias o hipospadias" y "uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)" y renueve la autorización emitida para el servicio "cistoscopia transuretral", en caso de encontrarse vencida; (v) garantice que el accionante pueda continuar con los procedimientos, tratamientos, servicios o intervenciones que los médicos tratantes le ordenen para prevenir, paliar o curar su enfermedad; y (vi) resguardar el principio de libre escogencia de IPS.

141. Respecto de la EPS Sanitas, la Sala Tercera advertirá a la entidad que, si el niño Pedro requiere la prestación de servicios por medio del Plan de Beneficios en Salud, aquellos deberán garantizarse de conformidad con los principios de integralidad y continuidad, teniendo en cuenta la importancia de aquel modelo de prestación de servicios para el gozo de todos los usuarios.

III. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero. En el expediente T-10.949.807, REVOCAR las sentencias proferidas, en primera instancia el 18 de diciembre de 2024 por el Juzgado 026 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá y, en segunda instancia, el 7 de febrero de 2025 por el Juzgado 02 Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá. En su lugar, CONCEDER el amparo de los derechos fundamentales a la salud, a la salud mental y a la vida de Paula.

Segundo. En el expediente T-10.949.807, ORDENAR a Compensar Plan Complementario que (i) se abstenga de imponerle a Paula la cláusula general de exclusión relacionada con lesiones por intento de suicidio, así como curas de reposo o tratamiento hospitalario para enfermedades nerviosas o mentales crónicas, (ii) garantice que la accionante pueda continuar con los procedimientos, tratamientos, servicios o intervenciones que los médicos tratantes le ordenen, con ocasión de sus diversos trastornos asociados a la salud mental, a través de los prestadores con los que tenga convenio el Plan Complementario, con respeto al consentimiento informado; y (iii) brinde tratamiento integral a Paula para los diversos trastornos asociados a la salud mental que padece.

Tercero. En el expediente T-11.067.791, REVOCAR las sentencias proferidas, en primera instancia el 28 de enero de 2025 por el Juzgado 05 Penal Municipal con Función de Conocimiento de Neiva y, en segunda instancia, el 3 de marzo de 2025 por el Juzgado 01 Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Neiva. En su lugar, CONCEDER el amparo de los derechos fundamentales a la salud, a la vida y a la seguridad social de Pedro.

Cuarto. En el expediente T-11.067.791, ORDENAR a Colsanitas Medicina Prepagada que (i) se

abstenga de imponerle a Pedro la cláusula general de exclusión relacionada con enfermedades que sean consecuencia de malformaciones, imperfecciones, deformaciones y/o anomalías congénitas o genéticas y la corrección de las mismas, salvo las patologías que hayan sido excluidas expresamente; (ii) en el término de 48 horas siguientes a la notificación del fallo, autorice los servicios denominados “corrección de epispadias o hipospadias” y “uretroplastia con otros tejidos (con injerto libre de mucosa vesical)” y renueve la autorización emitida para el servicio “cistoscopia transuretral”, en caso de encontrarse vencida; (iii) garantice al accionante la continuidad con los procedimientos, tratamientos, servicios o intervenciones que los médicos tratantes le ordenen para prevenir, paliar o curar su enfermedad; (iv) resguarde el principio de libre escogencia de IPS del convocante; y (v) brinde tratamiento integral a Pedro para el diagnóstico de hipospadia penoescrotal que padece.

Quinto. ADVERTIR a la EPS Sanitas que, si el niño Pedro requiere la prestación de servicios por medio del Plan de Beneficios en Salud, aquellos deberán garantizarse de conformidad con los principios de integralidad y continuidad, teniendo en cuenta la importancia de aquel modelo de prestación de servicios para el gozo de todos los usuarios.

Sexto. LIBRAR las comunicaciones, por la Secretaría General de la Corte Constitucional, así como DISPONER las notificaciones a las partes de conformidad con lo previsto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

LINA MARCELA ESCOBAR MARTÍNEZ

Magistrada

VLADIMIR FERNÁNDEZ ANDRADE

Magistrado

JORGE ENRIQUE IBÁÑEZ NAJAR

Magistrado

ANDREA LILIANA ROMERO LOPEZ

Secretaria General

[1] La anonimización de esta providencia se dispone en atención a lo señalado por la Circular Interna 10 de 2022 expedida por la Presidencia de esta Corte.

[2] Al momento de la presentación de la demanda, la agenciada tenía 23 años, sin embargo, de acuerdo con su fecha de nacimiento, al momento de elaboración de esta providencia cuenta con 24 años.

[3] El 28 de octubre de 2024, el Juzgado 026 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá profirió sentencia de primera instancia. No obstante, en providencia del 03 de diciembre de 2024, el Juzgado 02 Penal del Circuito con Función de Conocimiento de Bogotá declaró la nulidad de lo actuado, a efectos de que se vinculara a la Superintendencia Nacional de Salud y a las demás entidades pertinentes.

[4] Juzgado 026 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, autos del 22 de octubre, 6 de diciembre y 12 de diciembre de 2024.

[5] Expediente SIICOR T-10.949.807. Documento digital “008 RESPUESTA COMPENSART T202400136.pdf”

[6] Expediente SIICOR T-10.949.807. Documento digital “009 RESPUESTA FUND.SANTA FE T 202400136.pdf”

[7] A través de Auto del 22 de octubre de 2024, el Juzgado 026 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, requirió al Hospital San Ignacio, para que informara si Paula contaba con orden médica para traslado o remisión a otra institución para el tratamiento de enfermedades mentales, dado el trastorno mixto de anorexia y bulimia de la paciente. Expediente SIICOR T-10.949.807. Documento digital “007 TRASLADO HOSPITAL SAN IGNACIO T202400136.pdf”

[8] Expediente SIICOR T-10.949.807. Documento digital “025 FALLO T-2024 136.pdf” En el expediente no se evidencia el documento contentivo de la respuesta del Hospital San Ignacio, por lo que la síntesis se adoptó del fallo del 18 de diciembre de 2024.

[9] A través de Auto del 6 de diciembre de 2024, el Juzgado 026 Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá corrió traslado a la Superintendencia Nacional de Salud, para que se pronunciara en torno a los hechos y las pretensiones de la demanda. Expediente SIICOR T-10.949.807. Documento digital "019 AUTO CUMPLE ORDEN JDO 2 INST. VICULACION SUPERINTEN.pdf"

[10] Expediente SIICOR T-10.949.807. Documento digital "024 RESPUESTA SUPERSALUD T-136.pdf"

[11] En concreto, el accionante citó la Sentencia T-560 de 2023.

[12] El Juzgado 05 Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Neiva no dio ninguna justificación respecto de la vinculación de la Nueva EPS.

[13] Expediente SIICOR T-11.067.791. Documento digital "008RtaSuperSalud.pdf"

[14] El Juzgado 05 Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Neiva no hizo ninguna referencia al respecto en su decisión.

[15] El Juzgado 05 Penal Municipal con Funciones de Conocimiento de Neiva tomó la respuesta de Colsanitas Medicina Prepagada como si fuera de la EPS Sanitas.

[16] Expediente SIICOR T-11.067.791. Documento digital "009 T-2025-00001-00 – Roberto vs Colsanitas Medicina Prepagada – Improcedente – Salud.pdf"

[17] El despacho señaló que, al revisar la historia clínica arrimada por el accionante, evidenció que "el 10 de noviembre de 2020, cuando el tutelante contaba con un día de nacido se estableció por parte del médico tratante Dra. Gina María Rivera Tovar. Endocrinología Pediátrica "DURANTE LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE EVIDENCIA HIPOSPADIA PERINEAL, MOTIVO POR EL CUAL SOLICITA VALORACIÓN", diagnostico que fue confirmado sucesivamente en valoraciones posteriores." Expediente SIICOR T-11.067.791. Documento digital "005Fallo2°Instancia.pdf" p. 18.

[18] Expediente digital OD "T-10.949.807 AC con T-11.067.791", carpeta "T-10.949.807 AC Pruebas para Traslado Auto 16-jul-2025", carpeta "Rta.Matilde", documento "2.pdf"

[19] Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “T-10.949.807 AC Pruebas para Traslado Auto 16-jul-2025”, carpeta “Rta.Matilde”, documento “1.pdf”

[20] Terapia dialéctico conductual definida como un tratamiento psicológico desarrollado específicamente para abordar el Trastorno Límite de Personalidad, especialmente los síntomas de impulsividad e inestabilidad que se materializan en actos suicidas y parasuicidas. Vega, Irene de la, & Sánchez Quintero, Sabrina. (2013). Terapia dialéctico conductual para el trastorno de personalidad límite. Acción Psicológica, 10(1), 45-56. https://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7032

[21] Para lo pertinente, la accionante arrimó 2 recibos de caja de la Clínica Santa Fe, con sus respectivos soportes de pago, los cuales ascendieron a un total de $924.244 y 1 recibo de caja de la Clínica Monserrat con sello de tesorería por la suma de $1.337.951. En total aportó 5 soportes de la Clínica Santa Fe, pero 3 eran repetidos. Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “T-10.949.807 AC Pruebas para Traslado Auto 16-jul-2025”, carpeta “Rta.Matilde”, documento “5.zip”

[22] Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “T-10.949.807 AC Pruebas recibidas después de traslado Auto 16-jul-2025”, carpeta “Rta.Matilde (después de traslado) correo 1”, documento “1.pdf”

[23] Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “T-10.949.807 AC Pruebas recibidas después de traslado Auto 16-jul-2025”, carpeta “Rta.Matilde (después de traslado) correo 1”, documento “3.jpeg”

[24] Programa de tratamiento ambulatorio e integral, especializado en el tratamiento de los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) y sus comorbilidades

[25] En contraste a esta afirmación, el punto 20 del glosario del contrato de prestación de servicios para adquirir el plan complementario señala “20. Plan Complementario en Salud: Se entiende por Plan de Atención Complementaria en Salud el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral, no contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud, ofrecidos bajo la modalidad de un prepago, y cuya finalidad básica es ofrecer al afiliado al sistema de seguridad social en salud, condiciones alternativas de comodidad, tecnología y hotelería. Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con

T-11.067.791”, carpeta “T-10.949.807 AC Pruebas recibidas después de traslado Auto 16-jul-2025”, carpeta “Rta. Compensar EPS (después de traslado) T-10949807”, documento “3.pdf”

[26] De la historia clínica remitida por la Clínica Santa Fe se extrae la siguiente anotación del 2024/10/07: Paciente con orden de hospitalización en piso con cuadro de Trastorno mixto de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) trastorno límite de la personalidad, desnutrición proteico calórica, con respuesta de remisión para Clínica Inmaculada. Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “T-10.949.807 AC Pruebas para Traslado Auto 16-jul-2025”, carpeta “Rta. Clínica Santa Fe de Bogotá”, documento “2.pdf” p. 43.

[27] La Clínica Santa Fe no precisó en que consiste el manejo por hospital día, solamente explicó que especialidades brindan servicios en esa modalidad.

[28] En concreto, para el año en curso, se evidencia que Paula ha recibido atención los días 11 y 17 de febrero, 6, 11, 18 y 25 de marzo, 9 y 22 de abril, 21 de mayo, 10 y 12 de junio y 11 de julio. Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “AUTO DE PRUEBAS 16-jul-2025”, carpeta “T-10.949.807 AC – Pruebas para Traslado Auto 16-juli-2025”, carpeta “Rta. Clínica La Inmaculada”, archivos 32 a 43.

[29] De la historia clínica allegada, se extrae que (i) desde 2013 Paula ha recibido diversas atenciones en la entidad; (ii) la hospitalización a la que hace referencia la Clínica ocurrió entre el 10 y el 23 de diciembre de 2024 y fue por el diagnóstico “anorexia nerviosa”; y que (iii) la paciente tuvo control post hospitalización los días 2 y 9 de enero de 2025. Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “AUTO DE PRUEBAS 16-jul-2025”, carpeta “T-10.949.807 AC – Pruebas para Traslado Auto 16-juli-2025”, carpeta “Rta. Clínica Monserrat”. Documento “2.pdf” pp. 675 – 848.

[30] Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “AUTO DE PRUEBA 04-Agosto-2025”, carpeta “T-10.949.807 Pruebas para Traslado Auto 04-Ago-2025”, carpeta “Rta. Hospital San Ignacio (T-10949807). Documento “1.pdf”

[31] Al respecto, vale la pena señalar que la dirección de notificación es la misma que la de Colsanitas Medicina Prepagada, no obstante, la contestación no se refiere a las obligaciones y deberes de la entidad como EPS.

[32] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-407 de 2022, T-393 de 2021 y T-512 de 2020.

[33] Corte Constitucional, Sentencia T-586 de 2023.

[34] Código General del Proceso. Artículo 303. Cosa Juzgada. La Sentencia ejecutoriada proferida en proceso contencioso tiene fuerza de cosa juzgada siempre que el nuevo proceso verse sobre el mismo objeto, se funde en la misma causa que el anterior y entre ambos procesos haya identidad jurídica de partes (…)".

[35] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-407 de 2022, T-393 de 2021, SU-027 de 2021 y T-512 de 2020.

[36] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia SU-027 de 2021. Bajo esta línea, la Corte ha establecido algunas excepciones a los supuestos mencionados. Estos son: (i) la condición de ignorancia o indefensión del actor, propia de aquellas situaciones en que los individuos obran por miedo insuperable o por la necesidad extrema de defender un derecho y no por mala fe; (ii) el asesoramiento errado de los profesionales del derecho; (iii) la consideración de eventos nuevos que aparecieron con posterioridad a la interposición de la acción o que se omitieron en el trámite de la misma; y (iv) la interposición de una nueva acción de amparo cuando la Corte Constitucional profiere una sentencia de unificación, cuyos efectos son extensivos a un grupo de personas que se consideran en igualdad de condiciones, incluso si con anterioridad a dicha sentencia presentaron acción de tutela por los mismos hechos y con la misma pretensión.

[37] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-586 de 2023, T-407 y T-315 de 2022.

[38] Expediente digital OD "T-10.949.807 AC con T-11.067.791", carpeta "AUTO DE PRUEBAS 16-jul-2025", carpeta "T-11.067.891 Pruebas para Traslado Auto 16-jul-2025", carpeta "Rta. Juzgado 02 Pequeñas Causas Neiva (T-11067791)", documento "2.zip", documento "01EscritoTutelaConAnexos.pdf".

[39] Corte Constitucional, Sentencias T-019 de 2025, T-116 de 2023, T-398 de 2019, T-594 de 2016 y SU-055 de 2015.

[40] Corte Constitucional, sentencias T-019 de 2025, T-594 de 2016 y SU-055 de 2015.

[41] Código Civil. “Artículo 306. Representación judicial del hijo. La representación judicial del hijo corresponde a cualquiera de los padres (…)”.

[42] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-586 de 2023, T-459 de 2022 y T-450 de 2021.

[43] Como se lee en la síntesis de la respuesta del Hospital San Ignacio, consignada en la Tabla 1. Respuestas a los autos de prueba, justamente el 16 de octubre de 2024, la EPS Compensar autorizó manejo integral de Paula en el Hospital San Ignacio.

[44] Artículo 1503. Presunción de capacidad. Toda persona es legalmente capaz, excepto aquellas que la ley declare incapaces.

[45] Artículo 6. Derechos de las personas. Además de los derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, la Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:

Derecho a ejercer sus derechos civiles, y en caso de incapacidad para ejercer estos derechos, que la misma sea determinada con base en las disposiciones contenidas en la legislación vigente. (…)

[46] Artículo 6. Presunción de capacidad. Todas las personas con discapacidad son sujetos de derecho y obligaciones, y tienen capacidad legal en igualdad de condiciones, sin distinción alguna e independientemente de si usar o no apoyos para la realización de actos jurídicos.

En ningún caso la existencia de una discapacidad podrá ser motivo para la restricción de la capacidad de ejercicio de una persona.

La presunción aplicará también para el ejercicio de los derechos laborales de las personas con discapacidad, protegiendo su vinculación e inclusión laboral. (…)

[47] Expediente digital “T-10.949.807”, documento “pruebas Paula (1).pdf”

[48] Expediente digital “T-11.067.791”, documento “002AccionCOnstitucional.pdf” p. 15

[49] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-203 de 2024, SU-214 de 2022 y T-278 de 2018.

[50] Ley 100 de 1993. Artículo 177. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de qué trata el Título III de la presente Ley.

[51] Ley 100 de 1993. Artículo 169. Planes Complementarios. Las entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan de Salud Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley.

[52] Constitución Política de Colombia. Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

[53] Ley 100 de 1993. Artículo 185. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. (…)

[54] Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “T-10.949.807 AC Pruebas para Traslado Auto 16-jul-2025”, carpeta “Rta.Matilde”, documento “1.pdf”

[55] Decreto 780 de 2016.

[56] Ley 1616 de 2013, artículo 7.

[57] Ley 1616 de 2013, artículo 10.

[58] Cfr. Ley 1122 de 2007 y Decretos 4107 de 2011 y 2462 de 2013.

[59] Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control.

[60] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-010 de 2025, T-510 de 2024, T-586 y T-226 de 2023.

[61] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-203 de 2024.

[62] Corte Constitucional, Sentencia T-226 de 2023.

[63] Corte Constitucional, Sentencia T-505 de 2024 que cita la Sentencia SU-032 de 2022. Sobre la idoneidad y eficacia de los mecanismos de defensa existentes, la Corte ha señalado que "un mecanismo judicial es idóneo si es materialmente apto para resolver el problema jurídico planteado y producir el efecto protector de los derechos fundamentales. Por su parte, es eficaz cuando permite brindar una protección oportuna a los derechos amenazados o vulnerados. Lo anterior implica que el juez constitucional no puede valorar la idoneidad y la eficacia del otro medio de defensa judicial en abstracto. Por el contrario, debe determinar si, de acuerdo con las condiciones particulares del accionante y los hechos y circunstancias que rodean el caso, dicho medio le permite ejercer la defensa de los derechos que estima vulnerados de manera oportuna e integral".

[64] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-010 de 2025, T-505 de 2024 y T-586 de 2023.

[65] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-178 de 2024, T-560 de 2023, y T-274 y T-263 de 2020.

[66] De acuerdo con el "Informe de gestión. Superintendencia Nacional de Salud. Vigencia 2024" (disponible en: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/planeacion/InformesGestion/GG-67.pdf p. 249), en 2024 la Superintendencia Nacional de Salud emitió 2.188 providencias judiciales, de las cuales 1.544 abordaron derechos a la salud, cobertura PBS, multiafiliación y movilidad en el SGSSS; mientras que la cantidad de reclamos en materia de salud que recibió la entidad en 2024 ascendieron a la suma de 1.728.069, según el Reporte de PQRDS de diciembre de 2024 (disponible en https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Protecci%C3%B3n%20al%20Usuario/reportes-de-peticiones-quejas-reclamos-o-denuncias.aspx#k=filename%3A%22RQ*%22#l=9226).

[67] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-178 de 2024, T-560 de 2023, y T-274 y T-263 de

2020.

[68] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-178 de 2024.

[69] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-178 de 2024 y T-135 de 2023. En la Sentencia T -135 de 2023 se recordó que “En nuestro país, la Constitución (Arts. 13 y 47) considera que las personas con afectación mental son sujetos de especial protección constitucional a quienes el estado debe brindar una protección reforzada teniendo en cuenta sus circunstancias de debilidad manifiesta. En desarrollo de estos preceptos, la jurisprudencia constitucional ha determinado que estas personas merecen una protección especial por las dificultades que pueden enfrentar para tomar decisiones, interactuar socialmente y/o requerir una mayor atención familiar.

[70] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-775 de 2015. Procedencia de la acción de tutela en el caso concreto.

[71] Aunque la accionante, a través de su agente oficiosa, informó que está afiliada desde su nacimiento y la EPS Compensar señaló que la vinculación al plan complementario inició el 1° de agosto de 2003, en el expediente se encuentra una solicitud de afiliación para la vigencia 2001/08/01 – 2002/07/31, arrimada por la propia EPS Compensar.

[72] La accionante nació el 23 de febrero de 2001.

[73] De acuerdo con los diagnósticos que se encontraron en las historias clínicas remitidas por las Clínicas Santa Fe, La Inmaculada, Los Cobos y Monserrat, y el Hospital San Ignacio, se agruparon varios diagnósticos por categoría.

[74] Incluye: trastorno afectivo bipolar y trastorno afectivo bipolar en remisión.

[75] Incluye: trastorno por ingesta de alimentos, anorexia nerviosa, anorexia, trastorno mixto alimentario, anorexia y bulimia.

[76] Incluye: trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, trastorno límite de la personalidad y trastorno limítrofe de la personalidad.

[77] Incluye: problemas relacionados con situación familiar atípica y problemas relacionados

con la acentuación de rasgos de la personalidad.

[78] Incluye: constipación (estreñimiento), cefalea, desnutrición, trastorno disejecutivo orbitomedial/orbitofrontal y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

[79] La accionante Matilde señaló que su hija ingresó por urgencias a la Clínica Santa Fe en 3 oportunidades, sin embargo, la respectiva clínica solo envío historia clínica de un ingreso del 1 al 7 de octubre.

[80] Clínica Monserrat.

[81] Clínica Santa Fe (01/10/2024-07/10/2024), Clínica La Inmaculada (07/10/2024-10/10/2024) y Hospital San Ignacio (10/10/2024-08/11/2024).

[82] Clínica Los Cobos (29/11/2024-10/12/2024) y Clínica Monserrat (10/12/2024-23/12/2024).

[83] "9. Exclusiones. Compensar Entidad Promotora de Salud, no asumirá el costo de servicios médicos y complementarios prestados a un usuario, así sean brindados por IPS inscritas, en los siguientes casos: 9.9 Lesiones por intento de suicidio, así como curas de reposo o tratamiento hospitalario para enfermedades nerviosas o mentales crónicas se excluye también el Psicoanálisis. (Cubiertas en la red del Plan Obligatorio de Salud, de conformidad con la reglamentación existente para estos eventos).

[84] Cláusula cuarta. – Exclusiones o limitaciones contractuales: 1. COLSANITAS S.A. excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos: (…) 1.1. Enfermedades que sean consecuencia de malformaciones, imperfecciones, deformaciones y/o anomalías congénitas o genéticas y la corrección de las mismas. (…) 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 de éstas, sin perjuicio que se puedan diagnosticas durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. (…)

[85] La Corte en repetidas ocasiones, sentencias T-434, T-401 y T-283 de 2024, T-512 y T-271 de 2023, SU-349 de 2022, SU-201 de 2021 y SU-035 de 2018, en aplicación del principio iura novit curia, ha ampliado el marco normativo de análisis, adecuado hechos a

instituciones jurídicas aplicables a las situaciones planteadas por la parte actora, realizado análisis del caso teniendo en cuenta la presunta afectación inicialmente planteada en la demanda, así como la derivada de hechos nuevos, entre otros.

[86] Corte Constitucional, Sentencia T-401 de 2024.

[87] Al respecto, vale la pena recordar que la carga del actor consiste en enunciar los hechos que soportan sus pretensiones, mientras que la del juez de tutela es adecuar e interpretar sus hechos conforme a las instituciones jurídicas aplicables a las circunstancias fácticas. Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-014 de 2025.

[88] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-407 de 2024 y T-459 de 2022.

[89] Ibid.

[90] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-226 de 2023 y T-459 de 2022.

[91] Cfr. Corte Constitucional, sentencia SU-508 de 2020, T-560 de 2023.

[92] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-178 de 2024.

[93] Ibid.

[94] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-178 de 2024, T-560 de 2023 y T-274 de 2020, entre otras.

[95] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-178 de 2024.

[96] Cfr. Corte Constitucional, sentencia T-178 de 2024 y T-560 de 2023.

[97] Ley 1751 de 2015, artículo 8.

[98] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-586 de 2023, T-266 de 2023 y T-459 de 2022, entre otras.

[99] Congreso de la República de Colombia, Ley 1616 de 2013. Artículo 3. Modificada por la Ley 2460 de 2025.

[100] Modificada por la Ley 2460 de 2025.

[101] Empresas Administradoras de Planes de Beneficios, las Empresas Sociales del Estado y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas. Ibid. Artículo 14.

[102] Ibid, artículos 7, 20, 27, 32 y 37.

[103] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-178 de 2024 citando las sentencias T-291 de 2021, T-063 de 2020, T-044 de 2019 y T-678 de 2015.

[104] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-178 de 2024 citando la Sentencia T-434 de 2020.

[105] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-178 de 2024, T-560 de 2023 y T-274 de 2020.

[106] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-274 de 2020.

[107] Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, artículo 169.

[108] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-560 de 2023, T-274 de 2020, T-507 de 2017 y T-346 de 2014.

[109] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-560 de 2023.

[110] Aunque la accionante, a través de su agente oficiosa, informó que está afiliada desde su nacimiento y la EPS Compensar señaló que la vinculación al plan complementario inició el 1° de agosto de 2003, en el expediente se encuentra una solicitud de afiliación para la vigencia 2001/08/01 – 2002/07/31, arrimada por la propia EPS Compensar.

[111] 9.5. Enfermedades o accidentes, causados bajo el efecto del alcohol o drogas no prescritas médicamente. (Cubiertas en la red del Plan Obligatorio de Salud)

[112] El síndrome de renutrición o realimentación es una complicación del tratamiento de la desnutrición. Se refiere a cambios drásticos en la química corporal, relacionados con deficiencias de electrolitos, que ocurren cuando el cuerpo intenta metabolizar nutrientes, luego de un periodo de desnutrición, y pueden causar complicaciones peligrosas que afecten los músculos, los pulmones, el corazón y el cerebro. Definición adaptada de Cleveland Clinic, biblioteca de salud. https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/23228-refeeding-syndrome

[113] Vale la pena recordar que, en la misma fecha la EPS había autorizado el traslado para la IPS Unión Temporal Redes Médicas, la cual fue rechazada por la familia de la paciente.

[114] Los servicios que recibió la accionante fueron psiquiatría, nutrición clínica, neuropsicología, gastroenterología, otorrinolaringología, cirugía general y trabajo social.

[115] La Universidad del Rosario indicó que el tratamiento para la anorexia nerviosa, con frecuencia, incluye hospitalización por desnutrición, así como necesidad de estabilización médica; y que otras formas de atención son tratamiento psicológico, tratamiento basado en la familia, manejo clínico de apoyo especializado, tratamiento farmacológico, terapia dialéctica conductual y terapia cognitivo conductual.

[116] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-178 de 2024 y T-274 de 2020.

[117] Ley 1616 de 2013, art. 6.1.

[118] Ley 1616 de 2013, art. 12.

[119] De vieja data, la Corte ha reseñado que este derecho es un derecho de doble vía, pues en primer lugar, es una facultad de los usuarios para escoger tanto las EPS a las que se afiliarán para la prestación del servicio de salud, como las IPS en las que se suministrará la atención en salud y en segundo lugar, es una potestad de las EPS de elegir las IPS con las que celebrarán convenios y el tipo de servicios que serán objeto de cada uno. Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-136 de 2021, T-745 de 2013.

[120] Solo la depresión, por ejemplo, afecta a cerca de 264 millones de personas (Cruz Roja Internacional – https://www2.cruzroja.es/web/ahora/salud-mental) En Colombia, el entonces Ministro de Salud afirmó en 2014 que "la salud mental aporta una alta carga de enfermedad al sistema de salud, además porque un 52 por ciento de la población en el país ha padecido algún trastorno de carácter mental" (https://www.minsalud.gov.co/Paginas/En-salud-mental-hay-que-hacer-visible-lo-invisible.aspx)

[121] Ortanización Panamericana de la Salud, "Campaña para la reducción del estigma en salud mental" Disponible en https://www.paho.org/es/campanas/haz-tu-parte Ver también, Centro para el Control de las Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en

inglés). Información Consultada el 20 de agosto de 2025 en https://www.cdc.gov/mental-health/es/stigma/estigma-por-la-salud-mental.html#:~:text=El%20estigma%20se%20refiere%20a,las%20personas%20interrumpan%20su%20tratamiento.

[122] ICBF (2020). Trastornos de la Conducta Alimentaria ¿qué son y por qué los adolescentes son tan vulnerables a padecerlos? Disponible en https://www.icbf.gov.co/mis-manos-te-ensenan/trastornos-de-la-conducta-alimentaria-que-son-y-por-que-los-adolescentes-son Ver también Cortés Mejía, Hernán Dario et al. Trastornos de la alimentación: Su prevalencia y principales factores de riesgo – estudiantes universitarias de primer y segundo año. Revista CES MEDICINA Volumen 17 No.1 Enero – Julio / 2003.

[123] Cfr. Corte Constitucional, Sentencia T-188 de 2025. El consentimiento informado se constituye como un acto jurídico, esto es una manifestación de voluntad de los usuarios de servicios de salud dirigida a generar efectos jurídicos, esto es autorizar al personal médico y a las instituciones prestadoras de servicios de salud para llevar a cabo un procedimiento o tratamiento médico o quirúrgico. Este consentimiento únicamente puede considerarse válido si, de manera previa, el personal médico y/o la institución prestadora de los servicios de salud ha comunicado al usuario de manera clara y entendible los riesgos que implican los tratamientos médicos y/o quirúrgicos sobre su salud física y psíquica.

[124] Cfr. Corte Constitucional, sentencias T-159 y T-021 de 2024.

[125] Expediente digital OD “T-10.949.807 AC con T-11.067.791”, carpeta “AUTO DE PRUEBAS 16-jul-2025”, carpeta “T-11.067.891 Pruebas para Traslado Auto 16-jul-2025”, carpeta “Rta. Roberto”. Documento “1.pdf”

[126] Colsanitas, al presentar el informe requerido por esta Corporación, arrimó la constancia de atención en la Clínica Santa María del Lago, en la que se lee “el paciente debe continuar manejo en su Unidad de Atención al Paciente asignada”.

[127] Cláusula Cuarta. Exclusiones o limitaciones contractuales. 1. COLSANITAS S.A. excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos: 1.1. Enfermedades que sean consecuencia de malformaciones, imperfecciones, deformaciones y/o anomalías congénitas o genéticas y la corrección de las mismas.

[128] En la epicrisis del nacimiento de Pedro, el 10/11/2020, se anotó (i) “se debe descartar virilización de genitales femeninos o hipospadias severa (Grado IV)”; (ii) “durante la exploración física se evidencia hipospadia perineal motivo por el cual solicitan valoración”; (iii)” no se considera en primera instancia hiperplasia suprarrenal”. El 11/10/2020 quedó consignado “se evidencia pene contenido en tejido adiposo perineal y uretra perineal sin otras alteraciones al examen físico”, entre otros.

[129] Documento “1077253545_UROLOGIA GENERAL.pdf” Consulta de urología de 14/11/2024.

[130] Documento “1077253545_ENDOCRINO_PEDIATR_MAY_2022.pdf” Consulta de endocrinología pediátrica de 13/05/2022

[131] Documento “1077253545.pdf” Consulta de urología pediátrica de 18/12/2024.

[132] Hospital Universitario San Ignacio. Servicios en la unidad de urología. Es un procedimiento que le permite al médico examinar el revestimiento de la vejiga y el tubo que lleva la orina hacia afuera del cuerpo (uretra). Se inserta en la uretra un tubo hueco (cistoscopio) que tiene una lente y se lo desplaza lentamente hacia la vejiga. Disponible en: https://www.husi.org.co/servicios-y-especialidades/especialidades-quirurgicas/urologia/servicios