

Sentencia T-775/15

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Procedencia de tutela

La salud es un derecho fundamental, sea en virtud de un contrato de medicina prepagada o de un plan de salud obligatorio, y tratándose de su protección efectiva, y de consolidar las líneas jurisprudenciales que han desarrollado su contenido y sus facetas, la acción de tutela es el mecanismo judicial idóneo.

PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD DE LA ACCION DE TUTELA-Procedencia dada la menor eficacia del mecanismo judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud previsto en la ley 1122 de 2007

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD-Vulneración por entidad de medicina prepagada por no autorizar servicios médicos requeridos para tratar enfermedad, porque estimó que dicho padecimiento era preexistente al contrato de aseguramiento suscrito por las partes

Las entidades de medicina prepagada tienen el deber de someter a sus posibles afiliados y sus beneficiarios a exámenes médicos para determinar su estado de salud inicial, y con fundamento en el resultado establecer si existen preexistencias que deban ser excluidas de la cobertura. Si el usuario no está de acuerdo con lo que se señale en el dictamen, podrá objetarlo, para que la entidad practique uno nuevo, o modifique o rectifique el anterior. En todo caso el proceso se debe llevar a cabo permitiendo la participación del afiliado en todo momento. De la misma forma, las instituciones no pueden modificar las condiciones de la cobertura con base en que la enfermedad que es diagnosticada al usuario es preexistente, si aquella no quedó enlistada en la cláusula de exclusiones. Se vulneraron los derechos fundamentales del accionante al modificarse las condiciones de la cobertura del contrato de aseguramiento aduciéndose como preexistente una patología cuyo surgimiento solo pudo verificarse en vigencia del mismo y que por ello no quedó enlistada expresamente como exclusión.

CARENCIA ACTUAL DE OBJETO POR HECHO SUPERADO-Entidad de medicina prepagada autorizó los servicios de salud solicitados

DERECHO A LA SALUD EN CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Orden a entidad de medicina prepagada abstenerse de imponer obstáculos en autorización servicios de salud requeridos, alegando preexistencias que no se encuentran expresamente excluidas

DERECHO A LA SALUD EN CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Orden a entidad de medicina prepagada autorizar y garantizar la prestación de todos los servicios y procedimientos médicos que requiera el accionante que hayan sido prescritos el médico tratante

Acción de tutela presentada por Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal contra Colmedica Medicina Prepagada

Magistrada Ponente:

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Bogotá, D.C., dieciocho (18) de diciembre de dos mil quince (2015).

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por la magistrada María Victoria Calle Correa y los magistrados Alejandro Linares Cantillo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, en ejercicio de sus competencias constitucionales, legales y reglamentarias, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión del fallo proferido, en primera instancia, por el Juzgado Veintiocho (28) Civil Municipal de Bogotá, el catorce (14) de agosto de dos mil quince (2015), y en segunda instancia, por el Juzgado Trece (13) Civil del Circuito de Bogotá, el quince (15) de septiembre de dos mil quince (2015), dentro de la acción de tutela promovida por Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal contra Colmedica Medicina Prepagada.

El expediente de la referencia fue seleccionado para revisión por medio de auto del veintiocho (28) de octubre de dos mil quince (2015), proferido por la Sala de Selección

Número Diez[1].

I. ANTECEDENTES

El señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal presentó acción de tutela en nombre propio reclamando la defensa de sus derechos fundamentales a la salud y vida digna. Considera que Colmedica Medicina Prepagada violó sus derechos constitucionales al negar la autorización de los servicios médicos necesarios para tratar la patología que padece (urolitiasis) aduciendo preexistencia, aun cuando al momento de su afiliación con la entidad dicho padecimiento no fue expresamente excluido del contrato de aseguramiento pues aquel surgió con posterioridad a su suscripción.

1. Hechos

1.1. El tutelante relató que en el año dos mil siete (2007) su hija Angélica María Sánchez Bohórquez suscribió un contrato de medicina prepagada con Colmedica[2] y lo incluyó a él como beneficiario del mismo[3].

1.2. Explicó que el doce (12) de julio de dos mil quince (2015) presentó dolores abdominales muy fuertes que lo obligaron a acudir a la Clínica La Colina ubicada en la ciudad de Bogotá[4].

1.3. Allí, fue atendido por la médica encargada de la Unidad de Urgencias, la Doctora Elena Patricia Escobar Moriano, quien le realizó unas preguntas de rigor las cuales contestó de forma imprecisa e inconsciente debido a la gravedad de la dolencia que lo aquejaba. Por ello, indicó erróneamente que el último dolor abdominal lo había sufrido hace aproximadamente diez (10) años. A partir de ello, resalta, se reportó “paciente de 56 años de edad con antecedente de urolitiasis, último episodio hace aprox 10 años, refiere cuadro intermitente de hematuria desde hace 15 días”[5].

1.4. Afirmó que con base en el diagnóstico descrito, se recomendó su hospitalización médica en dicho centro de atención para que le prestarán los servicios en salud requeridos para tratar su dolencia.

1.5. El accionante solicitó ante Colmedica Medicina Prepagada, la autorización del “cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada”[6]. No obstante, mediante formato

de negación de servicios de salud y/o medicamentos del doce (12) de julio de dos mil quince (2015)[7], la entidad negó el servicio alegando “preexistencia (calculo renal hace 10 años)” [8] con base en la cláusula octava del contrato de aseguramiento[9].

1.6. Como consecuencia de lo anterior, el actor presentó derecho de petición ante Colmedica Medicina Prepagada[10]. Allí, solicitó que “no se tomara como un hecho explícito y contundente lo que había mencionado al ingresar a la unidad de urgencias”[11] más aún cuando en dicho momento se encontraba con “un dolor tan fuerte casi a punto de desmayo”[12].

1.7. Agrego que al momento de su afiliación con la entidad, no se consignó en el contrato de aseguramiento una preexistencia relacionada con la enfermedad hoy diagnosticada y que fue con posterioridad a este momento que empezó a presentar la patología conforme se desprende de sus ingresos a urgencias, las citas con especialistas y los exámenes realizados a causa de dicho padecimiento. Preciso que ha presentado dolores abdominales en los últimos meses sin que hubiere existido renuencia en la atención a través del plan adicional de salud[13].

1.8. En respuesta a la solicitud presentada, la entidad accionada señaló que la patología de “urolitiasis” tenía un origen previo a la suscripción del contrato conforme se desprendía de la historia clínica del ocho (8) de noviembre de dos mil nueve (2009)[14]. En consecuencia, se configuraba un evento preexistente a la afiliación del actor con la compañía prepagada que impedía la cobertura de los servicios derivados de la enfermedad y sus secuelas.

1.9. Aclaró que no obstante lo anterior, considerando la afiliación del accionante a la EPS Aliansalud, el mismo día que este ingresó por urgencias a la Clínica La Colina, esto es el doce (12) de julio de dos mil quince (2015), se autorizó a través de la cobertura del POS, su hospitalización y los procedimientos quirúrgicos requeridos, en concreto la “remoción transuretral de cálculo en el uréter + cateterismo ureteral de autoretención vía endoscópica”[15]. Conforme prescripción médica, el catéter debía ser retirado en el término de un (1) mes[16].

1.10. El día veintiuno (21) de julio de dos mil quince (2015), el señor Gonzalo Alfonso presentó ante Colmedica Medicina Prepagada, orden médica para “retiro de prótesis endoureteral (catéter JJ) vía endoscópica”[17]. Sin embargo, mediante formato de

negación de servicios de salud y/o medicamentos del treinta (30) de julio de dos mil quince (2015), se negó el servicio aduciendo “relación con negación anterior por preexistencia”[18].

1.11. Con fundamento en lo anterior, el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal presentó acción de tutela invocando la protección de los derechos fundamentales a la salud y vida digna. Solicitó como medida provisional urgente, la autorización del procedimiento médico denominado “extracción de la prótesis endouretral vía endoscópica”. Como objeto material de protección invocó (i) la exclusión de la preexistencia “urolitiasis” incluida en vigencia del contrato de medicina prepagada y, (ii) el tratamiento integral requerido para tratar su enfermedad.

2. Respuesta de la entidad accionada y de las vinculadas de oficio

2.1. Una vez se avocó el conocimiento de la presente acción de tutela por parte del Juzgado Veintiocho (28) Civil Municipal de Bogotá, el cuatro (4) de agosto de dos mil quince (2015), el Despacho ordenó notificar a la entidad accionada para que ejerciera el derecho de defensa y contradicción. Así mismo, dispuso la vinculación del Ministerio de Salud y Protección Social- Fondo de Solidaridad y Garantía- Fosyga- y de la Clínica Shaio. También, ordenó como medida provisional, la práctica del procedimiento médico denominado “extracción de la prótesis endouretral vía endoscópica” [19], requerido por el tutelante.

2.2. Mediante oficio del cinco (5) de agosto de dos mil quince (2015), la Representante Legal de la Fundación Clínica Shaio[20], solicitó la desvinculación del trámite de tutela. Para ello, adujo la ausencia de vulneración a los derechos fundamentales del accionante precisando que durante el tiempo que el paciente permaneció en la institución, le fue suministrada la atención médica integral requerida en forma continua y bajo estándares de calidad conforme se desprende del historial clínico[21].

2.3. A través de escrito del diez (10) de agosto de dos mil quince (2015), el Director Jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social[22] dio contestación al requerimiento judicial. Allí solicitó la exoneración de cualquier responsabilidad que eventualmente pudiera endilgársele a la entidad[23] considerando que no le corresponde al Estado la prestación de los planes adicionales de salud[24].

2.4. Por medio de oficio del diez (10) de agosto de dos mil quince (2015), la Representante Legal de Colmedica Medicina Prepagada[25] se refirió al requerimiento efectuado por el juez de tutela. De manera preliminar, solicitó se declarará que la entidad no había vulnerado ningún derecho fundamental del paciente, Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal pues lo único que había hecho era dar cumplimiento al contrato celebrado.

Sobre el fondo del asunto, señaló que el procedimiento “extracción de prótesis endouretral vía endoscópica” fue negado toda vez que dicho servicio se originó de un diagnóstico preexistente de acuerdo con el cual, el último episodio de “urolitiasis” se presentó hace aproximadamente diez (10) años, es decir, con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia del contrato[26]. Preciso en atención a lo anterior que la información relativa a dicha enfermedad, conocida además por el usuario con anterioridad, debió consignarse en “la declaración sobre el estado de salud del paciente” al momento de su afiliación, circunstancia que no ocurrió en esta ocasión[27].

Culminó indicando que “en el evento en el cual el señor Juez considere que no se pueden incluir preexistencias posteriores a la fecha inicio de contrato, se aclare que si bien se procederá a retirar la preexistencia correspondiente al diagnóstico urolitiasis, los servicios de salud se deberán autorizar de conformidad con las estipulaciones contractuales previamente pactadas, tal y como lo solicita el mismo accionante”[28].

3. Otras pruebas obrantes en el expediente de tutela

3.1. Escrito presentado por la Central de autorizaciones de Colmedica Medicina Prepagada

Mediante escrito del cinco (5) de agosto de dos mil quince (2015), el Médico Central Nacional de Autorizaciones de Colmedica Medicina Prepagada[29], informó que en cumplimiento a la medida provisional adoptada por el Juzgado Veintiocho (28) Civil Municipal de Bogotá “ya se encuentra aprobada en sistema la autorización de servicios de salud con Nro 212-1765307 para el procedimiento “extracción de prótesis endouretral vía endoscópica”, ordenada por [el] médico tratante”[30].

3.2. Escrito presentado por el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal ante el Juzgado Veintiocho Civil Municipal de Bogotá

Mediante escrito del diez (10) de agosto de dos mil quince (2015), el accionante reiteró ante el Despacho que no era posible tomar como preexistente un hecho que no constaba en un examen previo, ni en la declaración inicial del contrato ni en las historias clínicas que reflejaban su real condición de salud[31]. Advirtió que el único fundamento para ello fue la entrevista informal realizada al ingreso de urgencias en la que respondió una serie de preguntas “sin conciencia plena de la situación, en medio de un padecimiento intenso, y con la desesperación propia de quien requiere atención de urgencia”[32]. Por esta razón, indicó inconscientemente que el último episodio de cálculos renales había sido hace diez (10) años[33].

4. Decisiones que se revisan

4.1. Sentencia de primera instancia

El Juzgado Veintiocho (28) Civil Municipal de Bogotá mediante fallo del catorce (14) de agosto de dos mil quince (2015), tuteló los derechos fundamentales del accionante a la salud y dignidad humana y le ordenó a Colmedica Medicina Prepagada (i) autorizar el procedimiento quirúrgico requerido y, (ii) cubrir el tratamiento integral necesario para hacer frente a la enfermedad del paciente. Advirtió que ello incluía exámenes, procedimientos y medicamentos incluso excluidos del POS.

Como razón de la decisión, el despacho afirmó que conforme a la jurisprudencia constitucional, solo se entienden excluidos del objeto contractual, aquellos padecimientos del usuario que previa, expresa y taxativamente hayan sido mencionados en las cláusulas de la convención o en sus anexos; situación que no ocurría en esta oportunidad. Preciso que la no prestación de los servicios médicos que requería el accionante para tratar su dolencia ponía en peligro su vida y su salud.

4.2. Impugnación presentada por Colmedica Medicina Prepagada

Colmedica Medicina Prepagada presentó impugnación contra la decisión de primera instancia solicitando su revocatoria o en su defecto el cubrimiento de los servicios médicos requeridos por el paciente para tratar su enfermedad conforme a las estipulaciones contractuales previamente establecidas. Para ello, consideró que autorizar el tratamiento integral al accionante suponía (i) desconocer las exclusiones del contrato, conocidas por el

contratante al momento de su celebración y, (ii) omitir que los planes voluntarios de salud diferían de los obligatorios de salud, estando este último en el caso concreto del peticionario, a cargo de Aliansalud EPS[34].

4.3. Sentencia de segunda instancia

El Juzgado Trece (13) Civil del Circuito de Bogotá mediante providencia del quince (15) de septiembre de dos mil quince (2015), revocó el fallo de primera instancia y en su lugar negó el amparo deprecado. Sostuvo que del expediente no se desprendía que (i) el accionante estuviera sin cobertura en salud pues se encontraba en el sistema de seguridad social a través del régimen obligatorio ni (ii) que requería algún servicio urgente que debía ser ordenado por vía de tutela en tanto el procedimiento médico prescrito ya le había sido practicado. Por lo tanto, estimó que el peticionario debía acudir a la jurisdicción ordinaria o a la vía administrativa a través de la Superintendencia Nacional de Salud para solucionar el presunto conflicto derivado de la relación contractual de medicina prepagada que suscribió con Colmedica, el cual era justamente el objeto de controversia.

5.1. La Sala de Revisión, para efectos de adoptar una decisión informada en el asunto de la referencia, requirió al señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal que suministrará determinada información, por auto del tres (3) de diciembre de dos mil quince (2015) [35].

5.2. Vencido el término para contestar, el accionante respondió las preguntas de la Sala. Advirtió que al momento de afiliarse a Colmedica Medicina Prepagada, no le fue practicado un examen de ingreso, ni la supuesta preexistencia quedó registrada en el contrato. Además, de acuerdo con su historia clínica no es cierto que haya sufrido cálculos renales con anterioridad a la fecha de suscripción del contrato. Preciso que actualmente carece de la protección integral frente a su derecho a la salud, encontrándose en riesgo la continuidad e integralidad del tratamiento médico requerido[36].

il. Consideraciones y fundamentos

1. Competencia

Esta Sala de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar los fallos de tutela proferidos dentro del trámite de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los

artículos 86, inciso 3°, y 241, numeral 9°, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33, 34, 35 y 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Presentación del caso y problema Jurídico

2.1. En el caso que es objeto de revisión, el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal relató que Colmedica Medicina Prepagada se negó a autorizar el servicio “cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada” y el procedimiento médico “extracción de la prótesis endouretral vía endoscópica”, para tratar el diagnóstico de “urolitiasis”, con base en que dicha enfermedad es preexistente al momento en que fue incluido como beneficiario del plan adicional de salud.

La Sala debe advertir que en relación con ambos servicios de salud se ha presentado una carencia actual de objeto por hecho superado considerando que finalmente la entidad de salud autorizó las prestaciones solicitadas a través de esta acción de tutela. Conforme lo indica la misma entidad accionada, “gracias a la simultaneidad de afiliación de Aliansalud EPS con la que [el actor] cuenta, el mismo 12 de julio de 2015 se autorizó a través de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud la hospitalización en la Clínica La Colina a condiciones institucionales con el consecutivo 257-20795995 y los procedimientos quirúrgicos: remoción transuretral de cálculo + cateterismo ureteral de autoretención vía endoscópica con el consecutivo 257-20796015, dando así resolución a los requerimientos de atención médica que usted presentaba”[37].

Frente al procedimiento “extracción de la prótesis endouretral vía endoscópica”, Colmedica Medicina Prepagada mediante escrito del cinco (5) de agosto de dos mil quince (2015), señaló que “ya se encuentra aprobada en sistema la autorización de servicios de salud con Nro 212-1765307 para el procedimiento [referido], [ordenado] por [el] médico tratante”[38]. Este hecho fue confirmado por el accionante quien durante el trámite de revisión precisó que “el procedimiento “extracción de la prótesis endouretral vía endoscópica” ya fue realizado por orden del juzgado 28 Civil Municipal de Bogotá”. [39]

Con base en lo anterior, la Sala se abstendrá de emitir orden alguna al respecto, en cuanto se presenta en relación con la pretensión de autorización de estos servicios un hecho superado[40]. Sin embargo, corresponde estudiar la vulneración de los derechos fundamentales en tensión y resolver de fondo el problema jurídico que se planteará, lo cual

incluye establecer el remedio constitucional adecuado y proferir una serie de órdenes distintas para evitar que Colmedica Medicina Prepagada continúe desatiendo sus obligaciones con los usuarios del sistema de salud e incurra nuevamente en acciones u omisiones que pongan en riesgo sus derechos fundamentales.

2.2. De acuerdo con las consideraciones anteriores, corresponde a la Sala Primera de Revisión resolver el siguiente problema jurídico: ¿puede una entidad de medicina prepagada (Colmedica), negarse a prestar un servicio de salud necesario para tratar la enfermedad que padece uno de sus usuarios (Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal) aduciendo preexistencia, aun cuando dicho padecimiento no quedó expresamente excluido del contrato de aseguramiento por cuanto se trata de una situación de salud actual?

2.3. Para resolver este interrogante, la Sala de Revisión (i) se referirá a la procedencia de la acción de tutela para proteger el derecho fundamental a la salud del accionante; (ii) reiterará la jurisprudencia sobre el derecho a la continuidad en la prestación de los servicios que se derivan de los contratos de medicina prepagada, y aquella que dicta que estas instituciones no pueden discontinuar la prestación del servicio médico aduciendo la preexistencia de una o varias enfermedades que al momento de suscribirse el plan adicional de salud no fueron expresamente excluidas del mismo. (iii) Luego, desarrollará el caso concreto a la luz de las consideraciones esbozadas. Y (iv) finalmente, adoptará las órdenes tendientes a proteger el derecho fundamental a la salud y a la vida digna del peticionario.

3.1. El Juzgado Trece (13) Civil del Circuito de Bogotá revocó la providencia del Juzgado Veintiocho (28) Civil Municipal de Bogotá, en la que se habían amparado los derechos fundamentales del accionante. Consideró que la acción de tutela no era el mecanismo idóneo para dirimir la controversia dado que el peticionario no había demostrado que acudía a esta vía para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable, y por lo tanto, no era posible que la tutela desplazará los medios de defensa ordinarios para discutir la aplicabilidad o no del contrato de medicina prepagada. Al respecto, aseguró que el tutelante contaba con el procedimiento contenido en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007[41] modificado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011[42] que otorga a la Superintendencia de Salud competencia para “conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez” sobre diversos asuntos, entre ellos el que ocupaba la

atención actual.

3.2. La Sala de Revisión no comparte la decisión adoptada por el juzgado, por dos (2) razones:

(i) La Corporación ha señalado que el mecanismo de solución de controversias contenido en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 modificado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, no desplaza la acción de tutela. La razón principal es que la vía constitucional es el medio judicial eficaz para evitar la ocurrencia de un perjuicio irremediable, de conformidad con el artículo 86 de la Constitución. De manera que si la controversia puesta a consideración del juez de tutela requiere una medida de protección urgente para salvaguardar los derechos fundamentales del interesado, y se han acreditado los hechos constitutivos de una situación de vulnerabilidad o indefensión, no es admisible declarar la improcedencia o negar la tutela y exigir al peticionario iniciar un nuevo trámite que solo dilata la solución sobre su ya difícil situación.

Incluso si la controversia que se estudia en sede de tutela se enlista entre aquellas que la Superintendencia de Salud puede conocer y decidir de fondo[43], el juez constitucional, antes de remitirla a esa autoridad, deberá cerciorarse de las condiciones personales, familiares y económicas de quien solicita el amparo, para tener una mejor idea del contexto en que se configura la ocurrencia del perjuicio irremediable; y si se requieren más elementos para soportar las afirmaciones del accionante, debe decretar las pruebas que considere idóneas para alcanzar tal fin. En cualquier caso, cabe recordar que uno de los principios que rigen la acción de tutela es el de presunción de veracidad, contenido en el artículo 20 del Decreto 2591 de 1991[44] que cobra especial importancia en controversias que involucren la satisfacción del derecho fundamental a la salud, dado que por su misma naturaleza y su estrecha relación con el derecho fundamental a la vida, se requiere actuar con mayor celeridad para ofrecer una protección oportuna y evitar consecuencias adversas sobre el bienestar del afectado.

Aunado a lo anterior, la Corte ha explicado que el procedimiento de solución de controversias contenido en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 no ha sido reglamentado y dijo que en tanto esta circunstancia se mantenga así, el mecanismo previsto en la norma no es eficaz a la luz del artículo 2º de la Constitución para garantizar la efectividad de los

principios, derechos y deberes en ella consagrados. Sobre este respecto, en la sentencia T-930 de 2013[45] se revisó una tutela en la que se solicitó ordenar a una EPS ofrecer a un paciente transporte intermunicipal, pero los jueces de la causa declararon la improcedencia de la acción una vez adujeron que no se cumplía el requisito de subsidiariedad, pues tratándose de un servicio no incluido en el POS, correspondía a la Superintendencia de Salud decidir sobre su autorización. En concreto, la Sala Sexta de Revisión afirmó: “(...) resulta significativo señalar que en sede de revisión esta corporación ha analizado la procedencia de la acción de tutela en casos de acceso efectivo al servicio frente a la existencia del recurso judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud. En esas disertaciones ha constatado que, pese a erigirse como mecanismo alternativo, el instrumento jurídico bajo análisis carece de reglamentación suficiente que garantice su idoneidad y eficacia en la protección del derecho a la salud, particularmente cuando está comprometido gravemente el acceso a los servicios en términos de continuidad, eficiencia y oportunidad, advirtiendo de las lesivas consecuencias que comporta la competencia preferente otorgada al ente de la rama administrativa”.

(ii) Atendiendo estas premisas, si bien, en principio, se podría pensar que el asunto puesto a consideración encierra una discusión meramente contractual, se omitió analizar que en esta oportunidad, el caso objeto de estudio involucra una controversia de cuya resolución depende la garantía efectiva de los derechos fundamentales a la salud y vida digna de una persona. En concreto, el incumplimiento de las obligaciones a cargo de Colmedica Medicina Prepagada para con sus usuarios, en este caso, con el señor Sánchez Bernal puso en riesgo el goce de estos contenidos constitucionales básicos pues se negó a autorizar unos servicios médicos que resultaban indispensables para el restablecimiento del bienestar del accionante. Además, con base en la preexistencia alegada, es posible que niegue la cobertura futura de otros más, agravando la amenaza que hoy se ciñe sobre tales garantías.

Estos servicios no pueden ser sufragados directamente por el paciente pues como él mismo lo afirma “no cuento con los medios económicos necesarios para cubrir con el costo de los procedimientos y con ello los medicamentos, para el tratamiento de mi enfermedad, pues como lo mencioné los gastos de la medicina prepagada son cubiertos por mi hija tal y como lo indica la certificación que adjunto a la presente acción de tutela”[46]. Así también se desprende de la declaración extraproceso rendida por el peticionario ante la Notaria treinta

y ocho (38) del Círculo de Bogotá bajo la gravedad del juramento donde señala que “no poseo los medios económicos para costear el tratamiento médico que necesito para mis riñones”[47].

No puede olvidarse que la salud es un derecho fundamental, sea en virtud de un contrato de medicina prepagada o de un plan de salud obligatorio, y tratándose de su protección efectiva, y de consolidar las líneas jurisprudenciales que han desarrollado su contenido y sus facetas, la acción de tutela es el mecanismo judicial idóneo.

3.3. Con fundamento en las consideraciones precedentes, la Sala Primera de Revisión considera que la acción de tutela objeto de revisión es procedente, y pasa a resolver el asunto de fondo puesto a su consideración.

4. Colmedica Medicina Prepagada vulneró los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna de Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal por no autorizar los servicios médicos requeridos para tratar la enfermedad “urolitiasis”, porque estimó que dicho padecimiento era preexistente al contrato de aseguramiento suscrito por las partes.

4.1. Los planes adicionales de salud se rigen por el principio de autonomía de la voluntad, en virtud del cual la parte interesada puede contratar la prestación del servicio adicional de salud de acuerdo a sus requerimientos, limitaciones, y necesidades específicas, y la contraprestación a su cargo también se rige por el acuerdo común sobre la regularidad del pago y monto del mismo.

Dentro de los planes adicionales de salud el legislador contempló el contrato de medicina prepagada[48]. Sobre el contrato de medicina prepagada esta Corporación ha sostenido: “la medicina prepagada constituye una modalidad complementaria y alternativa de atención en salud, que se hace efectiva a través de la suscripción voluntaria de un contrato particular entre el usuario y la entidad prestadora del servicio, en el que el primero se obliga a la cancelación de un monto periódico o precio y, el segundo, en contraprestación, a la atención médica incluida en un plan de salud preestablecido y consignado en el contrato”[49].

De igual forma, todas las instituciones que conforman el Sistema de Seguridad en Salud[51], se rigen por los principios generales contenidos en la Ley 100 de 1993[52]

desarrollados en la jurisprudencia de esta Corte.

Uno de esos principios es la continuidad. A propósito del tema, en el apartado [4.4.6.4.] de la sentencia T-760 de 2008[53], la Corte sostuvo que todos los usuarios del Sistema de Salud tienen derecho a acceder a los servicios que requieran, sean éstos procedimientos, medicamentos o tratamientos, (i) en la cantidad ordenada por el médico tratante, (ii) con la calidad necesaria para el restablecimiento del bienestar físico y mental, y, (iii) sin que existan interrupciones injustificadas en el suministro. A su vez, consideró que una interrupción es injustificada, cuando las razones con base en las cuales la entidad responsable toma tal decisión no son médicas.

Además, la continuidad en la prestación de los servicios de salud también se protege en virtud de la estrecha relación entre el derecho de acceso efectivo al Sistema de Salud, como servicio público, y el postulado de confianza legítima, derivado de la buena fe (art. 83 de la C.P.). Los usuarios del Sistema de Salud tienen derecho a que su entorno no sufra modificaciones abruptas que no desarrollen un fin legítimo amparado por la norma superior. En el ámbito de la salud, tal certeza se materializa en la garantía de que a los usuarios no se les interrumpirá su tratamiento, una vez éste haya iniciado, además, que reciban atención médica por el tiempo necesario para recuperarse o estabilizarse, y que si va a presentarse una interrupción, se otorgue un periodo mínimo de ajuste que garantice la continuidad en el acceso al servicio por otro prestador, con el mismo nivel de calidad y eficacia.

Con base en lo hasta aquí dicho, las entidades que conforman el Sistema de Salud no pueden suspender intempestivamente la prestación del servicio médico con base en consideraciones ajenas a la salud del paciente. Esta Corporación ha considerado que se atenta, incluso, contra la vida del paciente, al suspender el tratamiento o servicios ordenados por el médico tratante.

4.2. Tratándose de planes voluntarios de salud, la Corte ha revisado diversos casos en los cuales se desconoce el principio de continuidad cuando la entidad de medicina prepagada interrumpe la cobertura en salud de un afiliado o sus beneficiarios, alegando la preexistencia de una enfermedad que al momento de tomarse el aseguramiento adicional en salud, no fue expresamente excluida del mismo.

4.2.1. El marco legal de los contratos de medicina prepagada lo desarrolla el Decreto 1222 de 1994[54]. El artículo 1º de la disposición desarrolla lo referente a las preexistencias: “se considera preexistencia, toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrán ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se pueda clasificar una preexistencia”. Y sobre las exclusiones, el artículo 2º señala: “las exclusiones deberán estar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las patologías, los procedimientos, exámenes diagnósticos específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no estén cubiertos, por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones no se consagran expresamente no podrán oponerse al usuario. No se podrán acordar exclusiones sobre malformaciones, afecciones o enfermedades que se puedan derivar de factores de riesgo propios de éstas”.

4.2.2. En la sentencia SU-039 de 1998[55], la Sala Plena de la Corporación se pronunció sobre la preexistencia en los contratos de medicina prepagada. Lo hizo a propósito del caso de una mujer de la tercera edad a quien la entidad de aseguramiento a la cual se encontraba afiliada desde mil novecientos noventa y cuatro (1994), le suspendió la cobertura cuando empezó a sufrir de insuficiencia renal crónica y tuvo un derrame pleural. En el contrato se suscribieron como preexistencias: várices en las extremidades inferiores, cistorectoceles y artritis. La entidad alegó que la insuficiencia renal crónica y el derrame pleural se derivaron del tratamiento que durante largo tiempo había recibido la tutelante para tratar la mencionada artritis.

La Sala inició sus consideraciones reconociendo que si bien los contratos de medicina prepagada se rigen por la voluntad de las partes contratantes, en la práctica, la forma en que están integrados al mercado de la prestación del servicio adicional de salud es generalmente como contratos de adhesión. Son contratos tipos que exigen que el interesado se adhiera o lo rechace, en ambos casos, de forma absoluta. De allí que haya un marco limitado de acuerdo concertado.

Para la Corte, no obstante, las partes están llamadas a actuar de buena fe frente a las obligaciones que se derivan del contrato suscrito. Dijo al respecto: “se exige un

comportamiento de las partes que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de las prestaciones acordadas”, incorporando también el valor de la confianza mutua y el principio de buena fe. Entonces, llamó la atención sobre las llamadas preexistencias[56] o exclusiones, para señalar que incluso siendo claro cuáles son las enfermedades o afecciones que quedan por fuera de la cobertura en salud, las entidades de medicina prepagada, con el ánimo de interrumpir la prestación del servicio médico, alegan que al momento de tomarse el plan adicional en salud el afiliado no fue claro sobre su estado de salud.

En la sentencia mencionada la Sala Plena sostuvo que las partes que celebran un contrato que contiene un plan adicional de salud: “deben gozar de plena certidumbre acerca del alcance de la protección derivada del contrato y, por tanto de los servicios médico asistenciales y quirúrgicos a los que se obliga la entidad de medicina prepagada y que, en consecuencia, pueden ser demandados y exigidos por los usuarios”, y para alcanzar ese fin: “desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia, en su mismo texto o en anexos incorporados a él, sobre las enfermedades, padecimientos, dolencias o quebrantos de salud que ya sufren los beneficiarios del servicio y que, por ser preexistentes, no se encuentran amparados”.

Es así como las instituciones que ofrecen planes adicionales de salud deben practicar los exámenes médicos tendientes a determinar la condición física real del futuro afiliado, asegurando el derecho para el tomador de oponerse a los resultados a los que se llegue en la práctica del examen, cuando existan razones para ello, y de pedir que se practique uno nuevo, o se modifique el dictamen inicial, de acuerdo con el concepto de los médicos que intervengan en la revisión cuidadosa de la historia clínica. Una vez se establezca el estado de salud, en el contrato deberán quedar consignados de forma expresa, taxativa, y sin generalizar, los padecimientos o afecciones excluidos, y aquellos que no se enlisten, quedaran amparados por el contrato.

A juicio de la Corte, las entidades que ofrecen planes de medicina prepagada como instituciones que integran el Sistema de Salud, también deben adecuarse a las disposiciones que regulan la prestación del servicio público, proteger derechos fundamentales, y abstenerse de violar la libertad contractual. Un entendimiento contrario de la forma en que debe operar el aseguramiento adicional en salud, especialmente cuando

el usuario inicia una reclamación para que se le preste atención médica de una enfermedad no excluida, amenaza o vulnera derechos fundamentales, y podrá ese usuario acudir a la acción de tutela para la protección inmediata de sus derechos fundamentales.

Con base en estas consideraciones, la Sala consideró en la sentencia SU-039 de 1998 que la entidad accionada modificó de forma unilateral los términos en que fue suscrito el contrato de medicina prepagada, y que si era cierto que estimaba que había una irregularidad por parte de la usuaria en cuanto a las manifestaciones sobre su estado de salud inicial, debía acudir a la justicia ordinaria, pero no suspender el servicio de salud, por ser ella una persona que requería de éste, de manera urgente y continua[57].

4.2.3. Posteriormente, la Sala Quinta de Revisión analizó en la sentencia T-128 de 2000[58], la suspensión de un contrato de medicina prepagada, diez (10) años después de haberse suscrito (1988) por cuanto a la usuaria le fue diagnosticada una malformación que, según la entidad accionada, no estaba amparada por el plan adicional de salud por ser congénita. Los médicos que trataron a la usuaria informaron que el tipo de malformación que aquejaba a la accionante, no era fácilmente detectable, y que en muchos casos podía no manifestarse, razón por la cual la peticionaria bien podía no saber que la padecía. Por su parte la institución de medicina prepagada informó que no requirió a la tutelante para hacer el examen médico que se debía efectuar para tomar el aseguramiento, porque únicamente se exigía el examen a las personas con edad igual o mayor a los sesenta y cuatro (64) años, o a aquellas a quienes una vez revisada la historia clínica la entidad considerará pertinente valorar.

La Sala sostuvo que las empresas de medicina prepagada tienen a su cargo la revisión previa del estado de salud de los posibles afiliados, porque son ellas las que cuentan con los profesionales, las instalaciones y la tecnología médica que les permite ampararse frente a posibles irregularidades de los usuarios en la declaración sobre su estado de salud inicial. En ese escenario, no tiene sentido trasladar al afiliado la carga sobre determinar cómo está su salud; incluso, puede tratarse de un acto de mala fe no realizar un examen inicial completo, para dejar abierta la posibilidad de alegar preexistencia en el futuro y limitar la cobertura médica[59].

Dijo al respecto que el establecer la condición de salud de los posibles afiliados y sus

beneficiarios, corresponde a la entidad de medicina prepagada dado que: “ejerce una actividad que se presume conoce y que es, de suyo, riesgosa” y “goza de personal científico a su servicio y de elementos técnicos orientados justamente a establecer con mayor certidumbre la situación clínica de quienes se acogen a su protección”. Lo anterior, aunado a que dichas entidades sostienen múltiples relaciones contractuales y reciben por largo tiempo las cuotas que pagan los usuarios, y en muchos casos no llegan a asumir efectivamente “las consecuencias económicas de hipótesis calculadas y realizadas”. Mientras que, por regla general, los afiliados ignoran “los aspectos científicos, técnicos y económicos que inciden en la relación contractual; carece del apoyo científico y logístico que sí tiene la empresa, y busca protección para su salud, en una situación de indefensión ante ella”.

Con fundamento en las anteriores consideraciones, la Sala ordenó a la empresa demandada autorizar los servicios de salud requeridos por la usuaria para tratar la malformación diagnosticada.

4.3. A partir de la jurisprudencia constitucional, se concluye que las entidades de medicina prepagada tienen el deber de someter a sus posibles afiliados y sus beneficiarios a exámenes médicos para determinar su estado de salud inicial, y con fundamento en el resultado establecer si existen preexistencias que deban ser excluidas de la cobertura. Si el usuario no está de acuerdo con lo que se señale en el dictamen, podrá objetarlo, para que la entidad practique uno nuevo, o modifique o rectifique el anterior. En todo caso el proceso se debe llevar a cabo permitiendo la participación del afiliado en todo momento. De la misma forma, las instituciones no pueden modificar las condiciones de la cobertura con base en que la enfermedad que es diagnosticada al usuario es preexistente, si aquella no quedó enlistada en la cláusula de exclusiones.

4.4. Del caso concreto. Vulneración de los derechos fundamentales a la salud y vida digna del accionante.

4.4.1. Colmedica Medicina Prepagada sostiene que no prestó los servicios de “cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada” y “extracción de la prótesis endouretral vía endoscópica”, al señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal por cuanto el diagnóstico de “urolitiasis” se originó en una preexistencia. La entidad adujo esta

circunstancia sobre la base de que el día doce (12) de julio de dos mil quince (2015) cuando el accionante ingresó a la Clínica La Colina por un episodio de dolores abdominales muy fuertes, aquél afirmó padecer de esta clase de quebrantos de salud desde hace aproximadamente diez (10) años. A partir de ello, se constató que se trataba de un: “paciente de 56 años de edad con antecedente de urolitiasis, último episodio hace aprox 10 años”[60].

Adicionalmente, sustentó este hecho en la historia clínica del ocho (8) de noviembre de dos mil nueve (2009) suscrita por el médico Luis Ricardo González Cruz perteneciente al Centro Médico UMD de Colmedica quien registró para ese momento, como antecedentes médicos del señor Gonzalo Sánchez “... Urolitiasis ultimo cólico renal 2003, tratamiento conservador (...)”[61].

4.4.2. La Sala encuentra argumentos suficientes para constatar que en esta ocasión se vulneraron los derechos fundamentales del señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal al modificarse las condiciones de la cobertura del contrato de aseguramiento aduciéndose como preexistente una patología cuyo surgimiento solo pudo verificarse en vigencia del mismo y que por ello no quedó enlistada expresamente como exclusión. A continuación, se expondrán las razones que sustentan esta afirmación:

(i) Revisada la historia clínica del accionante, se puede establecer que hace diez (10) años, es decir, con anterioridad al momento de suscripción del contrato con la compañía prepagada (2007), el accionante no sufría de una enfermedad relacionada con la “urolitiasis” que padece actualmente u otra afección de similar naturaleza. En efecto, de las historias médicas elaboradas por los especialistas en los años dos mil cinco (2005) y dos mil seis (2006) se desprende que para esa época, el tutelante asistió a los centros de Atención de Coomeva EPS por presentar patologías diversas a la hoy diagnosticada, tales como (1) hipergliceridemia pura; (2) agotamiento debido a esfuerzo excesivo; (3) torticollis; (4) orzuelo y otras inflamaciones profundas del párpado; (5) cerumen impactado; (6) presbicia y astigmatismo; (7) otitis externa sin otra especificación y otros trastornos foliculares especificados; (8) hiperuricemia sin signos de artritis inflamatoria y enfermedad tofacea, otras otitis externas infecciosas y faringitis aguda no especificada[62].

(ii) Fue con posterioridad a la suscripción del contrato de aseguramiento que los médicos

adscritos a la red de servicios de Colmedica, le diagnosticaron la enfermedad “urolitiasis” y trazaron su plan de manejo. Existen suficientes elementos de juicio para constatar que la enfermedad surgió en vigencia del contrato de aseguramiento con la entidad de medicina prepagada, no de forma anterior como aquella lo afirma.

(1) El (30) de noviembre de dos mil catorce (2014), se realizó por conducto de Colmedica Medicina Prepagada y a cargo de la Doctora Yuly Lorena Jiménez Castro de la Fundación Clínica Shaio, un examen de radiología e imágenes diagnosticas al señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal en el que se logró identificar que el tutelante padecía “Urolitiasis derecha con cálculo enclavado en unión ureterovesical y moderado efecto obstructivo secundario. Incipiente nefrolitiasis izquierda. Quistes renales bilaterales”[63]. (2) En la epicrisis del doce (12) de julio de dos mil quince (2015) procedente de la Clínica La Colina se refiere que “el paciente en el último año ha presentado varios episodios de cólico renal con ingresos a urgencias y manejo en urgencias. Hoy requirió manejo quirúrgico por la localización y tamaño del calculo que si no se intervenía se exponía al riesgo de sepsis urinaria con alteración de la función renal”[64]. (3) En la epicrisis del trece (13) de julio de dos mil quince (2015) suscrita por el urólogo, David Ramírez Casasfranco, se desprende lo siguiente: “interrogando a los familiares para saber la historia de litiasis del paciente, me reprotan (sic) que desde hace 7 años el paciente tiene episodios de litiasis a repetición. Se ha manejado en urgencias pero nunca requirió manejo quirúrgico. En el último año se intentifico (sic) los cólicos a repetición, pero solo manejo farmacológico. Hoy requirió cirugía por la gravedad del cálculo. Esta información es para tener en cuenta que el paciente debe someterse a estudio metabólico por la litiasis a repetición desde hace 7 años”[65].

En consecuencia como se originó en vigencia del contrato y la misma fue atendida y tratada en varias ocasiones por la entidad accionada, no puede la compañía de aseguramiento, negarse ahora, darle continuidad a la atención de una dolencia que afectó al accionante durante largo tiempo, máxime cuando con dicha decisión se puso y se sigue poniendo en riesgo la salud e incluso la vida del paciente[66].

(iii) Como ya se afirmó en las consideraciones precedentes, solo las exclusiones expresas justifican una negación del servicio. En este caso, conforme se desprende del certificado de antigüedad y preexistencias expedido por la entidad accionada, el cuatro (4) de diciembre de dos mil quince (2015) [71], la enfermedad “urolitiasis” no fue explícitamente excluida al

momento de concretarse la afiliación porque fácticamente era imposible excluir un padecimiento que el titular del seguro no sufría o sufrió en otro momento de su vida. Incluso, esa misma razón justifica el por qué al momento de rendir la declaración sobre su estado de salud, el paciente no incluyó o no advirtió sobre dicho quebranto como una preexistencia.

(iv) El hecho de que Colmedica Medicina Prepagada haya diagnosticado la preexistencia de la enfermedad “urolitiasis” durante la ejecución del contrato, no significa que la enfermedad a tratar este excluida.

Resulta evidente la imprecisión con la que actúa la entidad accionada pues dedujo de una simple afirmación del afiliado realizada a su ingreso a urgencias, que aquél padecía una enfermedad que calificó como preexistente, circunstancia que no puede erigirse como causa suficiente para negar la prestación de los servicios y procedimientos médicos necesarios para la atención de la dolencia padecida por el usuario.

En suma, una entidad de medicina prepagada no puede derivar de una afirmación realizada por un paciente, una condición de salud que medicamente no fue acreditada al momento de suscripción del contrato. En concreto, la Sala considera que la afirmación hecha por el actor según la cual hace diez (10) años sufrió un dolor abdominal, es muy general e imprecisa dado incluso el contexto en el que aquella se efectuó (dolores intensos casi a punto de ocasionar un desmayo) y no entiende como de ella, la entidad concluyó, que ese dolor era síntoma inequívoco de la enfermedad “urolitiasis”, pero que ésta era, a su vez y ahora sí, una preexistencia.

En este punto, la Sala reitera que son las entidades de medicina prepagada, en cada caso en particular, en este asunto Colmedica, quienes tienen el deber de verificar previamente el estado de salud inicial de sus posibles afiliados y beneficiarios con base en las historias clínicas del paciente y el examen de ingreso que se le practique. Con fundamento en ello, es su deber establecer si existen preexistencias que deban ser excluidas de la cobertura porque cuentan con los medios adecuados para conocer a fondo la situación o estado clínico de los interesados al momento de suscribir el contrato y ampararse frente a posibles irregularidades e imprecisiones en que incurran los usuarios en la declaración sobre su estado de salud. En esta ocasión, la entidad partió de la declaración del accionante como

prueba inequívoca y contundente de su situación médica actual aun cuando era su obligación constatar la presencia de una preexistencia al momento de la suscripción.

4.4.3. En síntesis, en el caso concreto, la enfermedad “urolitiasis” no puede considerarse como una preexistencia explícitamente excluida del contrato de aseguramiento, por cuanto el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal sufre de esa enfermedad con posterioridad a la afiliación con la compañía de medicina prepagada. En consecuencia, la entidad accionada vulneró los derechos fundamentales del accionante cuando negó la prestación de un servicio tras haber concluido que el paciente sufría de dicha enfermedad con antelación a la suscripción del contrato de medicina prepagada, sin que dicho razonamiento tuviera un soporte médico preciso.

Por esta razón, forzoso resulta concluir que la entidad debía cubrir con cargo al PAS[72] suscrito con el señor Sánchez Bernal, los servicios y procedimientos requeridos para tratar su padecimiento conforme las prescripciones de su médico tratante por cuanto no se trataba de una enfermedad, malformación o afección que se pudiera demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación.

5. Órdenes a proferir

5.1. La Corte Constitucional ha sostenido que cuando la situación fáctica que motiva la presentación de la acción de tutela desaparece o se modifica, en el sentido en que cesa la presunta acción u omisión que podía generar la vulneración a los derechos fundamentales, la solicitud de amparo pierde su razón de ser porque desaparece el objeto jurídico sobre el que recaería una eventual decisión del juez de tutela[73]. El fenómeno de la carencia actual de objeto tiene como característica esencial que la orden del juez de tutela relativa a lo solicitado en la demanda no surtiría ningún efecto y sería inocua.

El hecho superado es una de las modalidades más típicas en la jurisprudencia constitucional de la carencia actual de objeto. Se configura cuando entre el momento de la interposición de la acción de tutela y el momento del fallo se satisface la pretensión contenida en la demanda. Lo que se pretendía lograr mediante la orden del juez de tutela ocurre antes de que él mismo se pronuncie. En este sentido, la jurisprudencia de la Corte ha comprendido el hecho superado en el sentido obvio de las palabras que componen la expresión, es decir, dentro del contexto de la satisfacción de lo pedido en la tutela, presuponiendo que la

satisfacción de las pretensiones devino de una conducta positiva por parte de la persona o entidad demandada en orden a garantizar los derechos del accionante.

Ante un hecho superado no es perentorio para los jueces de instancia, pero sí para la Corte Constitucional en sede de revisión, determinar el alcance de los derechos fundamentales cuya protección fue solicitada y el tipo de vulneración al que fueron expuestos[74]. Esto, por ejemplo, para llamar la atención sobre la falta de conformidad constitucional de la situación que originó la tutela, o condenar su ocurrencia y advertir la inconveniencia de su repetición. En todo caso, el juez de tutela, independientemente de la instancia en la que conozca de la acción, debe argumentar que existió un hecho superado antes del momento del fallo.

Teniendo en cuenta lo anterior, según la Sentencia T-267 de 2008[75], existen dos (2) escenarios posibles en relación con el hecho superado que demandan, por su parte, dos (2) respuestas distintas por parte de la Corte Constitucional. A saber, cuando esta situación se presenta“(i) antes de iniciarse el proceso ante los jueces de instancia o en el transcurso del mismo, [o] (ii) estando en curso el trámite de Revisión ante la Corte Constitucional”. De acuerdo con la Sentencia T-678 de 2009[76], en el primero de estos escenarios, la Corte debe confirmar el fallo, sin perjuicio de la facultad de revisar la decisión de instancia y declarar aspectos adicionales relacionados con la materia. En el segundo, cuando la Sala observa que fueron vulnerados los derechos fundamentales del actor y que los jueces de instancia no concedieron la tutela, debe revocar el fallo y conceder la tutela sin importar que no imparta orden de protección concreta por la carencia actual del objeto. Esto sin perjuicio de aquellas órdenes dirigidas a prevenir al demandado sobre la inconstitucionalidad de su conducta, o a advertirle sobre las sanciones aplicables en caso de que la misma se repita.

5.2. Considerando que en esta oportunidad Colmedica Medicina Prepagada vulneró los derechos fundamentales a la salud y vida digna del señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal, en el caso concreto corresponde a la Sala de Revisión emitir una serie de órdenes encaminadas a asegurar la materialización de estas garantías constitucionales básicas.

5.3. Se revocará como consecuencia de ello, el fallo de segunda instancia proferido por el Juzgado Trece (13) Civil del Circuito de Bogotá, el quince (15) de septiembre de dos mil

quince (2015) que negó el amparo invocado y en su lugar, se confirmará el fallo proferido en primera instancia por el Juzgado Veintiocho (28) Civil Municipal de Bogotá, el catorce (14) de agosto de dos mil quince (2015), que amparó los derechos fundamentales a la salud, dignidad humana, integridad física y moral del señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

5.4. Como remedio para subsanar la afectación directa de los derechos fundamentales del actor corresponde ordenarle a Colmedica Medicina Prepagada lo siguiente:

(i) Abstenerse de imponer obstáculos en la autorización de los servicios de salud que sean requeridos por el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal, alegando preexistencias que no se encuentran expresamente excluidas en el contrato de aseguramiento, como ocurre con la enfermedad denominada “urolitiasis”. (ii) Considerando que conforme se desprende del expediente, (1) el peticionario sufre de episodios periódicos de dolores abdominales, en concreto “6 veces, en los últimos 3 años”[77] y, (2) según epicrisis del doce (12) de julio de dos mil quince (2015), el paciente requiere continuar con el “plan médico instaurado”[78] para tratar su dolencia, la entidad en adelante deberá autorizar y garantizar sin dilaciones y en forma continua e integral, la prestación de todos los servicios y procedimientos médicos que requiera el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal para mejorar su bienestar físico y que hayan sido prescritos por su médico tratante.

6. Conclusión

Una entidad de medicina prepagada vulnera derechos fundamentales cuando (i) interrumpe o niega la continuidad en la prestación de los servicios de salud, modificando a su vez las condiciones iniciales del contrato de aseguramiento, con base en una declaración general del paciente al momento de ser atendido por urgencias sin que medie ninguna otra consideración médica del hecho de ser preexistente la enfermedad cuyo amparo no fue excluido en forma expresa y, (ii) estas decisiones afectan o amenazan la salud de sus usuarios. En estos casos, la acción de tutela se constituye en un mecanismo judicial procedente para pronunciarse sobre la protección de dichos derechos fundamentales.

V. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional,

administrando justicia en nombre del pueblo, y por mandato de la Constitución Política,

RESUELVE

Primero.- REVOCAR el fallo de segunda instancia proferido por el Juzgado Trece (13) Civil del Circuito de Bogotá, el quince (15) de septiembre de dos mil quince (2015) que negó el amparo invocado. En su lugar, CONFIRMAR el fallo proferido en primera instancia por el Juzgado Veintiocho (28) Civil Municipal de Bogotá, el catorce (14) de agosto de dos mil quince (2015), que amparo los derechos fundamentales a la salud, dignidad humana, integridad física y moral del señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

Segundo.- DECLARAR la carencia actual de objeto por hecho superado en relación con la pretensión de autorización del servicio “cuidado (manejo) intrahospitalario por medicina especializada” y del procedimiento médico “extracción de la prótesis endouretral vía endoscópica”, ordenados para tratar el diagnóstico de “urolitiasis” que presenta el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

Tercero.- ORDENAR a Colmedica Medicina Prepagada que en adelante deberá (i) abstenerse de imponer obstáculos en la autorización de los servicios de salud que sean requeridos por el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal, alegando preexistencias que no se encuentran expresamente excluidas en el contrato de aseguramiento, como ocurre con la enfermedad denominada “urolitiasis” y, (ii) autorizar y garantizar sin dilaciones y en forma continua e integral, la prestación de todos los servicios y procedimientos médicos que requiera el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal para mejorar su bienestar físico y que hayan sido prescritos por su médico tratante.

Cuarto.- Por Secretaría General, LÍBRENSE las comunicaciones a que se refiere el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese y cúmplase.

MARIA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

LUIS GUILLERMO GUERRERO PEREZ

Magistrado

Con aclaración de voto

ALEJANDRO LINARES CANTILLO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MONCALEANO

Secretaria General

[1] La Sala de Selección No. 10 estuvo conformada por los magistrados Luis Ernesto Vargas Silva y Jorge Iván Palacio Palacio.

[2] El primero (1) de diciembre de dos mil siete (2007), la señora Angélica María Sánchez Bohórquez suscribió el contrato de medicina prepagada No. 31039011 con Colmedica, el cual ampara, entre otros, a su padre, el señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal (folios 32, 33 y 95) En adelante, siempre que se haga mención a un folio del expediente, se entenderá que hace parte del cuaderno principal, a menos que se diga expresamente otra cosa.

[3] Obra en el expediente fotocopia de la cédula de ciudadanía del señor Gonzalo Alfonso Sánchez Bernal donde consta que nació el siete (7) de agosto de mil novecientos cincuenta y ocho (1958) (folio 38).

[4] El accionante refiere que acudió a la Clínica La Colina el doce (12) de julio de dos mil quince (2015) aproximadamente a las 5:30 pm (folios 34, 41 y 48).

[5] Folios 36, 44, 45 y 48.

[6] Folio 32.

[7] Folio 32.

[8] Folio 32.

[9] “Cláusula Octava. Exclusiones: Colmedica Medicina Prepagada no expedirá autorizaciones ni asumirá costo alguno en relación con los servicios de salud, eventos, procedimientos y/o servicios complementarios que se requieran o hayan sido prestados a un usuario, incluso en los casos de urgencias, por causa o como consecuencia de los eventos y/o procedimientos expresamente consagrados, tanto en la presente cláusula como en el contrato. 8.1. Preexistencias, de acuerdo con la definición establecida en el numeral 1.38 de la cláusula primera del contrato, así como las malformaciones y anomalías congénitas y/o hereditarias. Esta exclusión opera incluso tratándose de urgencia médica, salvo lo consagrado en la cláusula decima segunda numeral 12.2 inciso primero del presente contrato (atención del recién nacido)” (folio 32). Por su parte, la cláusula primera del contrato establece: “Cláusula Primera. Definiciones. Para los fines, el desarrollo y la interpretación del presente contrato, las partes adoptan de común acuerdo las siguientes definiciones: 1.38 Preexistencia: Toda condición, enfermedad o lesión, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de vigencia del contrato o a la fecha de vigencia del (los) usuario (s), sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. Las condiciones, enfermedades o afecciones de carácter congénito se consideran preexistencias para los fines de este contrato. En todo caso se considera preexistencia toda lesión, condición o enfermedad que aparezca como antecedente en la historia clínica del USUARIO, sin importar si ha sido declarada o no, o si ha sido detectada o no en el examen médico de ingreso, si éste se hubiere realizado. Así mismo, se considera preexistencia todo antecedente declarado en el cuestionario de salud, las cuales se consagrarán de manera expresa en la carátula del contrato”.

[10] El derecho de petición fue presentado el trece (13) de julio de dos mil quince (2015) (folios 34 y 35). Ante la gravedad de la situación, el tutelante también presentó queja ante la Superintendencia Nacional de Salud, solicitando la protección de sus derechos fundamentales. Resaltó que no existía ninguna causal para que se declarará como preexistente un hecho que no había sido tomado así al momento de la afiliación ni mucho menos para negarse a cubrir los servicios y procedimientos que habían sido o resultarían necesarios para hacer frente a su patología. En respuesta al escrito allegado, la entidad indicó que la solicitud incoada había sido trasladada a Colmedica Medicina Prepagada quien debía darle el trámite correspondiente en atención a su competencia para garantizar la prestación del servicio reclamado. Señaló que en ejercicio de sus funciones de inspección, vigilancia y control establecería responsabilidad si había lugar a ello (folios 39 al 43).

[11] Folio 49.

[12] Folio 49. Sobre el particular, el accionante indicó: “al ingreso de urgencias la doctora encargada de la unidad en ese momento, me hizo las preguntas de rigor, cabe aclarar que me encontraba con un muy fuerte episodio de cólico renal, insoportable, casi causante de desmayo y náuseas. Dentro de sus preguntas, me indagó desde cuánto hace que sufría de este mal, y respondí algo incoherente debido a mi grave estado de salud. Y esta respuesta fue tomada irresponsablemente por Colmedica para manifestar que es una preexistencia y negarse a cubrir los gastos ocasionados, siendo que los hechos verídicos son que desde hace aproximadamente 7 años vengo padeciendo de episodios repetitivos de cálculos renales (adjunto historias clínicas expedidas por la Clínica Shaio donde me han atendido anteriormente)” (folio 34).

[14] De acuerdo con la entidad accionada: “al verificar las historias clínicas de las atenciones médicas recibidas en los Centros Médicos UMD Colmedica Medicina Prepagada, evidenciamos que en la historia clínica del 8 de noviembre de 2009, el médico Luis Ricardo González Cruz registro para usted como antecedentes médicos: “... Urolitiasis ultimo cólico renal 2003, tratamiento conservador (...)” (folio 36).

[15] Folios 37, 44 y 45.

[16] De acuerdo con la epicrisis de fecha doce (12) de julio de dos mil quince (2015), el paciente fue dado de alta el día trece (13) de julio de dicha anualidad con indicaciones de uso de analgésicos y antibióticos y “retiro del catéter JJ en un mes” (folio 45). A su vez, obra en el expediente, orden médica del veintiuno (21) de julio de dos mil quince (2015) suscrita por el Doctor Jaime Alberto Ossa Santamaría en la que dispone: “Urobosque. Para retiro de catéter JJ” (folios 46 y 92).

[17] Folio 47.

[18] Folio 47.

[19] Folios 58 al 61.

[20] Raiza Deluque Curiel.

[21] Folios 64 al 66.

[22] Doctor Luis Gabriel Fernández Franco.

[23] Folios 72 al 87.

[24] Folios 72 al 75.

[25] María Inés Flórez Bernal.

[26] Folios 94 al 101.

[27] Para fundamentar esta postura, la entidad citó jurisprudencia de la Corte Constitucional según la cual “Así, son las enfermedades clara y expresamente señaladas como preexistentes en el contrato suscrito entre la empresa y el usuario, con base en un examen previo, las que pueden ser excluidas de los servicios contratados de medicina prepagada. También son excluibles, aquellas enfermedades preexistentes no incluidas expresamente como tales en el respectivo contrato, por circunstancias atribuibles a la mala fe del usuario”.

[28] Folio 101.

[29] Oscar Mauricio López Chaparro.

[30] Folio 88.

[31] Folios 102 al 104.

[32] Folio 103.

[33] Folio 20 del cuaderno de Revisión.

[34] Folios 115 al 119.

[35] Concretamente se le solicitó: “(i) Copia del contrato de aseguramiento celebrado con Colmedica Medicina Prepagada en el que conste en forma específica las preexistencias y exclusiones pactadas y acordadas entre las partes. (ii) Copia de su historia clínica anterior a la suscripción del contrato de medicina prepagada, esto es, anterior al primero (1) de

diciembre del año dos mil siete (2007). (iii) Indicar si a la fecha ya le fue realizado el procedimiento médico denominado “extracción de la prótesis endouretral vía endoscópica”. En caso afirmativo, señalar la fecha de su realización y enviar constancia de ello. (iv) Indicar si en la actualidad los servicios médicos requeridos para tratar el diagnóstico de “urolitiasis” están siendo prestados directamente por Colmedica Medicina Prepagada. En caso negativo, señalar las razones por las que no se ha procedido a ello y precisar que entidad se está encargando de su prestación”.

[36] Folios 20 al 35 del cuaderno de Revisión.

[37] Folio 37.

[38] Folio 88 y folio 23 del cuaderno de Revisión.

[39] Folio 21 del cuaderno de Revisión.

[40] La Corte ha entendido que cuando las situaciones de hecho que amenazan o vulneran los derechos fundamentales de las personas cesan o desaparecen durante el trámite de la tutela, esta acción, como mecanismo de protección inmediata de derechos fundamentales, pierde su razón de ser. Por tanto, cuando entre la interposición del amparo y el momento del fallo ha cesado la amenaza o vulneración del derecho alegado, se debe declarar la presencia de un hecho superado, lo cual implica que el pronunciamiento del juez de tutela debe dirigirse a estudiar la vulneración pero no a emitir órdenes al respecto. A propósito del hecho superado, la Sala Séptima de Revisión en las sentencias T-323 y T-545 de 2013, ambas con ponencia del Magistrado Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, revocó los fallos que habían denegado el amparo solicitado y en su lugar declaró en ambos casos la carencia actual de objeto por hecho superado. No obstante, le ordenó a las entidades accionadas, la adopción de unas medidas integrales de protección encaminadas a evitar nuevamente la vulneración de los derechos fundamentales de los tutelantes y las previno para no volver a incurrir en las conductas que habían dado mérito para la presentación de las referidas acciones de tutela.

[41] “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

[42] “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.

[43] El artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 adicionado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011 dispone: “Función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos: a) Cobertura de los procedimientos, actividades e intervenciones del plan obligatorio de salud cuando su negativa por parte de las entidades promotoras de salud o entidades que se les asimilen, ponga en riesgo o amenace la salud del usuario; b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios; c) Conflictos que se susciten en materia de multiafiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud; d) Conflictos relacionados con la libre elección que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre estos y las prestadoras de servicios de salud y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud; e) Sobre las prestaciones excluidas del Plan de Beneficios que no sean pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo; f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud; g) Conocer y decidir sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de las EPS o del empleador”.

[44] “Por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política”.

[45] MP Nilson Pinilla Pinilla. Ver también las sentencias T-042 de 2013, T-188 de 2013, T-193 de 2013, T-924 de 2013 (MP Mauricio González Cuervo), T-206 de 2013 (MP Jorge Iván Palacio Palacio), T-228 de 2013 (MP Nilson Pinilla Pinilla), entre otras.

[46] Folios 53 y 54.

[47] Folio 62.

[48] El artículo 169 de la Ley 100 de 1993, sustituido por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” dispone lo siguiente: “Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización. La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Tales Planes podrán ser: (...) 169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada”. A su turno, el artículo 18 del Decreto 806 de 1998 “Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional” señala: “Definición de Planes Adicionales de Salud, PAS. Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan”. Y el artículo 19 de la misma norma: “Tipos de PAS. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS: 1. Planes de atención complementaria en salud. 2. Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general. 3. Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general”.

[49] Sentencia T-549 de 2003 (MP Álvaro Tafur Galvis). En esta oportunidad, la Sala Octava de Revisión estimó que una compañía de medicina Prepagada vulneraba los derechos

fundamentales de un usuario al negarle el cubrimiento de un procedimiento médico con el argumento de que el mismo tenía origen en una patología preexistente diagnosticada durante la ejecución del contrato pese a que la misma no había sido determinada en forma previa, clara y taxativamente, con base en un examen médico de ingreso, abusando así de su posición dominante en el vínculo contractual. Por esta razón, le ordenó la autorización y práctica del servicio médico requerido por la paciente.

[50] En la sentencia C-176 de 1996 (MP Alejandro Martínez Caballero) la Sala Plena de la Corporación se pronunció sobre la intervención de las autoridades en los contratos de medicina prepagada en los siguientes términos: “la intervención estatal sobre la medicina prepagada tiene un fundamento constitucional múltiple: uno general, que es la intervención del Estado en la economía (CP art. 334) y otros tres mucho más específicos: de un lado, ella es la expresión de la inspección y vigilancia de una profesión de riesgo social; de otro lado, por tratarse del servicio público de atención de la salud, el Estado mantiene la regulación, el control y la vigilancia de esta actividad (CP art. 49 y 365) y, finalmente, por la particular naturaleza de las medicinas prepagadas, puesto que en ellas se manejan recursos captados del público, estamos en presencia de una actividad de interés público sometida a la especial intervención del Gobierno (CP arts. 150 ord 19 literal d), 189 ords 24 y 25, y 335)”. En esta ocasión se declaró exequible el literal k) del artículo 1 de la Ley 10 de 1990, “Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones”.

[51] 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 (...)”. Artículo 181: “La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades: d) Las entidades que ofrezcan programas de medicina prepagada o de seguros de salud, cualquiera sea su naturaleza jurídica (...)”.

[52] “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.

[53] Sentencia T-760 de 2008 (MP Manuel José Cepeda Espinosa). En esta ocasión, la Sala Segunda de Revisión impartió una serie de órdenes con el fin de solventar la problemática nacional en relación con el derecho fundamental a la salud con ocasión del desconocimiento constante de la jurisprudencia constitucional en la materia y la consecuente negación de los servicios de salud de manera injustificada.

[54] “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada”.

[55] MP Hernando Herrera Vergara.

[56] En la sentencia, aplicó la Sala: “se conoce, entonces, como preexistencia la enfermedad o afección que ya venía aquejando al paciente en el momento de suscribir el contrato, y que, por tanto, no se incluye como objeto de los servicios, es decir, no se encuentra amparada”.

[57] La postura recogida en la sentencia de unificación ha sido reiterada por diferentes Salas de Revisión. Ver las sentencias: T-290 de 1998 (MP Fabio Morón Díaz), T-512 de 1998 (MP Vladimiro Naranjo Mesa), T-096 de 1999 (MP Alfredo Beltrán Sierra), T-689 de 1999 (MP Carlos Gaviria Díaz), T-909 de 2000 (MP Alejandro Martínez Caballero), SU-1554 de 2000 (MP Cristina Pardo Schlesinger), T-1697 de 2000 (MP Martha Victoria Sáchica Méndez), T-365 de 2002 (MP Jaime Córdoba Triviño), T-065 de 2004 (MP Jaime Araujo Rentería), T-181 de 2004 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-699 de 2004 (MP Rodrigo Uprimny Yepes), T-152 de 2006 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-660 de 2006 (MP Álvaro Tafur Galvis), T-875 de 2006 (MP Nilson Pinilla Pinilla), T-650 de 2007 (MP Clara Inés Vargas Hernández), T-867 de 2007 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), T-626 de 2008 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra), T-765 de 2008 (MP Jaime Araújo Rentería), T-795 de 2008 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-1081 de 2008 (MP Nilson Pinilla Pinilla), T-140 de 2009 (MP Mauricio González Cuervo), T-563 de 2009 (MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo), T-015 de 2011 (MP Gabriel Eduardo Mendoza Martelo), T-802 de 2013 (MP Nilson Pinilla Pinilla), T-126 de 2014 (MP Luis Ernesto Vargas Silva), T-184 de 2014 (MP Nilson Pinilla Pinilla), T-325 de 2014 (MP María Victoria Calle Correa), T-963 de 2014 (MP María Victoria Calle Correa; AV Luis Guillermo Guerrero Pérez), T-314 de 2015 (MP María Victoria Calle Correa) entre otras.

[59] Frente a las enfermedades congénitas precisó que no están cubiertas por los planes de

medicina prepagada, siendo razonable que así suceda, por ser preexistentes. Pero si el carácter congénito de la enfermedad no puede ser determinado por la empresa en el momento en que se suscribe el contrato, mucho menos puede ser advertida por el usuario. Por tanto, concluyó que en tales eventos el riesgo está amparado, y “el descubrimiento posterior no puede ser aplicado retroactivamente en perjuicio de aquél -el afiliado-, cuya buena fe se presume”.

[60] Folios 36, 44, 45 y 48.

[61] Folio 36.

[62] Folios 26 al 35 del cuaderno de Revisión.

[63] Folio 18.

[64] Folio 45.

[65] Folio 45.

[66] Según la radiografía de abdomen simple realizada al paciente el trece (13) de julio de dos mil quince (2015) por la Doctora María Morales Lema, se evidenció que presentaba una “alteración del patrón gaseoso intestinal y distensión de asas intestinales delgadas de predominio derecho” (folio 45).

[67] Folio 22.

[68] Folio 19.

[69] Folio 26.

[70] Folio 25.

[71] Folio 22 del cuaderno de Revisión.

[72] Plan Adicional de Salud.

[73] A este respecto, véase la Sentencia SU-225 de 2013 (MP Alexei Julio Estrada), en donde la Sala Plena reiteró la línea jurisprudencial sobre la carencia actual de objeto a la luz de

una acción de tutela que interpuso la Empresa de Telecomunicaciones de Bogotá contra un laudo arbitral proferido en el marco de una disputa con la empresa de telefonía celular, Comcel, por una presunta vulneración a su derecho fundamental a la igualdad y al debido proceso. En dicha ocasión, mientras se adelantaba la revisión ante la Corte Constitucional, el Consejo de Estado ordenó la anulación del laudo demandado y, debido a esto, se presentó una carencia actual de objeto por hecho superado. Sobre este tema pueden consultarse, también, las Sentencias T-308 de 2003 (M.P. Rodrigo Escobar Gil), T-448 de 2004 (MP Eduardo Montealegre Lynett), T-803 de 2005 (MP Rodrigo Escobar Gil), T-170 de 2009 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-533 de 2009 (MP Humberto Antonio Sierra Porto), T-678 de 2009 (MP María Victoria Calle Correa), T-083 de 2010 (MP Humberto Antonio Sierra Porto) y T-905 de 2011 (MP Jorge Iván Palacio Palacio), entre muchas otras.

[74] Véase la Sentencia T-170 de 2009 (MP Humberto Antonio Sierra Porto). En dicha oportunidad, la Sala Octava de Revisión estudió el caso de un paciente al que no se le había practicado una cirugía que requería para recuperar su estado de salud. En el trámite que se surtió ante esta Corporación, se constató que la cirugía y los demás servicios relacionados habían sido autorizados. Razón por la cual, se concluyó que había un hecho superado. Sin embargo, dando alcance a la anterior regla jurisprudencial, la Corte hizo las observaciones respectivas sobre la vulneración de los derechos fundamentales a la que fue expuesta el accionante.

[75] MP Jaime Araujo Rentería. En esta oportunidad, la Sala Primera de Revisión se ocupó del caso de una estudiante universitaria a quien la institución educativa no dejaba matricular por no contar con sus notas del semestre anterior. En el trámite que se surtió en sede de revisión, la Universidad informó que, después de corroborar que la estudiante había cursado con éxito el semestre anterior y que sus notas no habían sido publicadas oportunamente dado que la alumna había presentado algunas pruebas académicas por fuera del tiempo reglamentario como consecuencia de su estado de embarazo, tenía derecho a matricularse. Razón por la cual, la Corte se encontró ante una situación catalogable como un hecho superado.

[76] MP María Victoria Calle Correa. En esta oportunidad, la Sala Primera se ocupó del caso de un trabajador que, arguyendo haber recibido menos del salario mínimo y no haber sido beneficiado de la respectiva nivelación salarial, consideraba que su empleador estaba

vulnerando sus derechos fundamentales al trabajo, al mínimo vital y a la igualdad. Durante el trámite que surtió la acción ante la Corte Constitucional, el tutelante informó que había logrado un acuerdo con el empleador y que, por ende, no era necesario que esta Corporación siguiera revisando su caso.

[77] Folio 20 del cuaderno de Revisión.

[78] Folio 45.