

Sentencia T-992/03

INAPLICACION DE NORMAS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD-Condicionen en que procede por exclusión de tratamientos y medicamentos de alto costo

La solicitud del accionante de que se ordene a la E.P.S. Salud Colmena cubrirle el tratamiento médico que requiere, sin que le exija el pago correspondiente a las semanas no cotizadas, carece de fundamento constitucional. La Constitución no protege, por lo tanto, a personas que no ha cumplido los requisitos exigidos por la ley colombiana y que, a pesar de encontrarse cubiertas por el sistema de seguridad social en salud de un país extranjero -como el accionante en el proceso de la referencia- prefieren acudir al colombiano, persiguiendo así que se les asignen recursos públicos para la obtención de un servicio al que pueden acceder por los mecanismos de cobertura de los que disponen. La Sala encuentra, con base en los documentos anexados por el accionante al expediente, que él se encontraba afiliado al sistema de seguridad social del Ecuador.

Referencia: expediente T-742652

Acción de tutela instaurada por Pedro Iván Serrano Wagner contra Colmena Salud E.P.S. y contra la I.P.S. Monsalud - Quinta Paredes

Magistrado ponente:

Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Bogotá, D. C., veintitrés (23) de octubre de dos mil tres (2003).

La Sala Tercera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados, Manuel José Cepeda Espinosa, Jaime Córdoba Triviño y Rodrigo Escobar Gil, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

en el proceso de revisión del fallo proferido por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia dentro del proceso de tutela instaurado por Pedro Iván Serrano Wagner contra

Colmena Salud E.P.S. y contra la I.P.S. Monsalud – Quinta Paredes.

## 1. HECHOS Y ANTECEDENTES

1.1. Pedro Iván Serrano Wagner, de 50 años, presentó acción de tutela el 28 de febrero de 2003 contra la E.P.S. Colmena Salud y contra la I.P.S. Monsalud – Quinta Paredes, con el propósito de solicitar la protección de su derecho a la salud en conexidad con sus derechos fundamentales a la vida y a la integridad física. Señala que se encuentra afiliado al POS en la modalidad del Régimen Contributivo de Salud por la E.P.S. Colmena Salud desde el 15 de enero de 2003 y desde el 1° de febrero del mismo año a Colmena Salud en la modalidad de salud prepagada. Trabaja para una empresa colombiana en Guayaquil, Ecuador. El 14 de febrero de 2003 sufrió un fuerte dolor de espalda. Al día siguiente debió regresar a Ecuador aunque tuvo que utilizar una silla de ruedas durante los trayectos terrestres a causa de dicha afección, razón por la cual solicitó, desde Ecuador, que se le diera una cita médica, la cual fue atendida en Bogotá unos días después por el doctor Carlos Montero, quien le ordenó varios exámenes médicos. La E.P.S. aprobó la práctica de varios de éstos pero negó el TAC de tórax y la gamagrafía ósea, de manera que debió sufragar con recursos propios esos dos exámenes. Con base en los exámenes realizados, se determinó que presentaba un tumor en la columna cuya remoción por medio de un tratamiento quirúrgico era necesaria. Ante la negativa de Salud Colmena de proporcionárselo, se dirigió a la Oficina de Atención al Cliente de dicha E.P.S. en donde se le informó que el POS no le cubría el tratamiento mencionado en atención a que no había cotizado las 52 semanas -o las 100 si se determina que el tumor es maligno- necesarias para obtener el cubrimiento total para la intervención requerida. Igualmente, se le indicó que su plan de medicina prepagada tampoco le cubría el tratamiento médico solicitado por tratarse de una preexistencia. Afirma que carece de recursos suficientes para financiar la intervención quirúrgica que requiere y solicita que ésta se le proporcione a la mayor brevedad para evitar daños adicionales de mayor gravedad para su salud.

Anexa varios certificados médicos relativos a su patología, al igual que copia de las sentencias T-283 de 1998 (M.P. Fabio Morón Díaz) y T-328 de 1998 (M.P. Fabio Morón Díaz).

1.2. Salud Colmena E.P.S. contestó por medio de apoderado la tutela interpuesta dentro del término y se opuso a la pretensión expresada. Luego de un exhaustivo análisis normativo y

jurisprudencial, el apoderado de Salud Colmena concluye que no corresponde a dicha E.P.S. prestar la atención médica solicitada.

En primer término, el régimen contributivo exige de un período mínimo de cotización para gozar de cobertura total respecto de ciertos servicios médicos incluidos en el POS. En esta oportunidad, el accionado no ha completado dicho período.

En segundo lugar, el sistema de medicina prepagada se asimila a un contrato de seguro, el cual no cubre enfermedades o afecciones preexistentes. En efecto, el artículo 1° del Decreto 1222 de 1994 (“Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada”), señala que “[s]e 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 califique una preexistencia”.

Por su parte, la cláusula octava del plan que cubre al accionante, estipula: “Colmena Salud 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 urgencia, 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 de este contrato, así como las malformaciones y anomalías congénitas y/o hereditarias. Esta exclusión opera incluso tratándose de urgencia médica”, y que el numeral 1.38 referido, prevé que para la interpretación del contrato suscrito por la accionante y la accionada, la preexistencia es “toda condición, enfermedad o lesión que se pueda demostrar existía a la fecha de la vigencia del contrato o a la fecha 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 de 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 ...”1.

Así pues, “luego de analizar en debida [forma] todos y cada uno de los antecedentes del caso que ocupa nuestra atención, hemos encontrado que el accionante presenta un TUMOR ESPINAL EXTRAMEDULAR el cual ha sido catalogado como una patología preexistente, situación ésta que no es difícil de demostrar, toda vez que la aparición del tumor es anterior a la suscripción del contrato, el cual se realizara apenas (14) días antes (1° de Febrero de 2003) siendo así una de las exclusiones del contrato de medicina prepagada por ser, repito, preexistente de dicho contrato, razón por la cual se negó la expedición de las autorizaciones solicitadas bajo el amparo del contrato de medicina prepagada”2.

1.3. La Directora Médica y de Auditoria de Montsalud I.P.S. contestó la tutela interpuesta dentro del término y se opuso a la pretensión expresada. Señaló que en tanto que I.P.S., Montsalud se limita a prestar los servicios médicos que autoricen las E.P.S. o las empresas de medicina prepagada en cumplimiento de sus obligaciones legales o contractuales.

1.4. En fallo del 14 de marzo de 2003, la Sala de Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá negó la tutela interpuesta. La Sala señaló que si bien “no existe duda alguna acerca del carácter de fundamentales de los derechos que se invocan por el accionante [...] la cuestión que se debate es si un afiliado al sistema de seguridad social en salud que no ha cotizado el período mínimo previsto en las disposiciones legales que regulan la materia, tiene derecho a que la entidad que le presta el servicio, se lo dé para el caso de enfermedades que exigen aquél requisito. Para la Sala no es posible imponerle al sistema contributivo una carga que no le corresponde asumir, pues el mismo basa su existencia en los aportes que los afiliados hagan a él, de manera que los servicios en condiciones de igualdad, exige también que las contribuciones se hagan por todos los inscritos, de suerte que las obligaciones sean las mismas, dentro de un régimen de solidaridad en el que más gana más aporta y, al contrario, el que menos entradas tiene menor [aporte] hace, sin menoscabo de recibir atención en condiciones similares”3.

Agrega que, conforme con la Sentencia SU-819 de 1999 (M.P. Alvaro Tafur Galvis), en los casos en los que se demuestre la incapacidad económica de quien no ha cumplido con las semanas mínimas de cotización para cubrir los costos de la atención médica que requiere, se podrá recurrir a las instituciones públicas para obtener dicha atención, requisito que no se

encuentra acreditado en esta oportunidad.

1.5. El día 17 de marzo de 2003 fue allegado a la Sala de Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá un memorial proveniente del “Ministerio de Salud y Trabajo” en el cual se informa que, conforme con el Decreto 806 de 1998, en los casos en los cuales el afiliado o beneficiario no cuente con las semanas mínimas de cotización, podrá obtener la atención médica que requiere en las I.P.S. contratadas por el Estado, las cuales podrán cobrar una cuota de recuperación.

Anexa (i) copia de los exámenes médicos que le fueron realizados, uno de los cuales indica que el tumor que padece, podría ser un “meningioma”<sup>6</sup>; (ii) un certificado en el cual consta que se desempeña como Gerente General del Hotel Four Points Sheraton de la ciudad de Guayaquil, Ecuador desde el 1° de septiembre de 2000 y que tiene una asignación salarial de 352 dólares mensuales más un adicional que fluctúa entre 220 y 280 dólares mensuales<sup>7</sup>; y (iii) varios certificados correspondientes al año 2002 en los cuales se registra el ingreso salarial del accionante al igual que sus aportes al IESS (Instituto Ecuatoriano del Seguro Social)<sup>8</sup>.

1.7. En fallo del veintiocho (28) de abril de 2003, la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia confirmó la sentencia proferida por el a quo. Sostuvo que el artículo 164 de la Ley 100 de 1993 establece que “[e]l acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al Sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con su capacidad socioeconómica”. En estas condiciones, la solicitud del accionante no está llamada a prosperar.

1.8. Mediante auto del seis (06) de junio de dos mil tres (2003), la Sala de Selección Número Seis (06) de la Corte Constitucional resolvió seleccionar para su revisión el expediente de la referencia y repartirlo a la Sala Tercera de Revisión de esta Corporación.

## 2. PRUEBAS SOLICITADAS POR LA SALA

Mediante auto del veinticinco (25) de junio de 2003, esta Sala de Revisión solicitó (i) al señor

Pedro Iván Serrano Wagner, accionante en el proceso de la referencia, que informara si manifestaba bajo la gravedad del juramento que, antes de haberse afiliado al plan de medicina prepagada, desconocía sufrir del tumor espinal referido en los antecedentes de este fallo; y (ii) a Colmena Salud, que informara si se había practicado algún examen previo a la afiliación del señor Serrano Wagner en el plan de medicina prepagada que adquirió el 15 de febrero de 2003, y si había evidencia sólida que permitiera demostrar que el tumor padecido por él era preexistente a la fecha de afiliación a dicho plan.

El accionante no dio respuesta al auto de pruebas enviado por la Sala. La Representante Legal de Colmena Salud – Medicina Prepagada, por su parte, señaló que no es política de esa compañía realizar exámenes previos para la afiliación a los planes de medicina prepagada que ofrece. Sostuvo también que en diferentes fuentes científicas se encuentra establecido que el tipo de tumor que padece el accionante, exige un período prolongado de formación. Hace referencia a tres direcciones de páginas de internet sobre medicina<sup>9</sup>, endocrinología<sup>10</sup> y cancerología<sup>11</sup> y anexa copia de documentos tomados de dichas páginas en los cuales se describen las características del “meningioma”. Todos éstos confirman que el meningioma es un tumor de muy lento crecimiento que no produce síntomas sino una vez se encuentra bastante desarrollado.

Por último, la Representante Legal de Colmena Salud – Medicina Prepagada indicó que la empresa que ella representa es diferente a Colmena Salud E.P.S. y que por lo tanto “no resulta procedente la revisión del fallo frente a Colmena Salud – Medicina Prepagada, empresa que nunca estuvo involucrada dentro del incidente de tutela que nos ocupa”<sup>12</sup>.

### 3. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

#### 3.1. Competencia

La Corte Constitucional, a través de esta Sala, es competente para revisar las providencias proferidas por los jueces de instancia dentro del proceso de la referencia, en desarrollo de las facultades conferidas en los artículos 86 y 241 numeral 9 de la Constitución Política, y de conformidad con los artículos 33 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

#### 3.2. Cuestiones previas

3.2.1. El accionante presenta la tutela de la referencia contra Colmena Salud E.P.S. y contra la I.P.S. Monsalud - Quinta Paredes por negarse a proporcionarle el tratamiento médico que requiere. La Sala anota que en esta oportunidad la I.P.S. Monsalud se limitó, conforme con el contrato suscrito entre ella y Colmena Salud, a proporcionarle al señor Serrano Wagner la atención médica ordenada por dicha E.P.S., razón por la cual no se encuentra en condiciones de vulnerar los derechos cuya violación alega el accionante. Por ello, la tutela interpuesta en su contra es improcedente.

3.2.2. Sostiene la Representante Legal de Colmena Salud - Medicina Prepagada que en esta oportunidad “no resulta procedente la revisión del fallo frente a Colmena Salud - Medicina Prepagada” pues la entidad accionada fue Colmena Salud - E.P.S. y no la que ella representa.

La Sala considera que, dada la actuación procesal de la parte accionada a lo largo del presente proceso, dicho argumento carece de sustento. En efecto, en la contestación enviada al a-quo, la accionada sostuvo que el señor Serrano Wagner “se encuentra en la actualidad afiliado tanto al sistema de Medicina Prepagada como al Plan Obligatorio de Salud POS ofrecidos por nuestra compañía”<sup>13</sup> (negritas fuera de texto). Luego solicitó, con respecto al POS, que se declare que “Colmena Salud E.P.S. S.A. no ha vulnerado derecho fundamental alguno del accionante, toda vez que su actuar se ha ajustado en un todo, al marco Constitucional, Legal y Reglamentario sobre la materia”<sup>14</sup> y respecto del plan de medicina prepagada, que “el accionante no tiene derecho a lo solicitado, toda vez que el padecimiento que aqueja su salud, es considerado por la ciencia médica, el médico tratante, la legislación y el contrato de medicina prepagada como una preexistencia y por ende una exclusión de las coberturas contractuales”<sup>15</sup>.

Queda, pues, claro que la parte accionada se opuso desde el comienzo del proceso a la pretensión del accionante de que el tratamiento médico que requiere fuera cubierto bien por el POS o por el plan de medicina prepagada que había suscrito. Es decir, desde el comienzo del proceso, la parte accionada reconoció que el accionante podía pedir en una misma tutela que el tratamiento requerido fuera cubierto por cualquiera de los dos planes de seguridad social en salud, aunque se opuso a dicha pretensión en consideración a que en ninguno de los dos casos, llenaba los requisitos que exigidos para tal efecto<sup>16</sup>. Por ello, no puede ahora Colmena Salud - Medicina Prepagada S.A. alegar la incompetencia de la Corte Constitucional

para conocer, de acuerdo con la tutela de la referencia, si ha incumplido las obligaciones a su cargo y si ello constituye una vulneración de un derecho fundamental. En efecto, carece de sentido que Colmena Salud haya reconocido inicialmente que es responsable de atender a sus afiliados, tanto por concepto del POS como de los planes de medicina prepagada, y luego alegue que Colmena Salud - Medicina Prepagada S.A. es una persona jurídica diferente a la accionada (Colmena Salud E.P.S. S.A.), de manera que la tutela es improcedente en cuanto al reclamo del accionante respecto del presunto incumplimiento de las obligaciones de Colmena Salud respecto del plan de medicina prepagada que lo cubre. En este orden de ideas, pasa la Sala a absolver los problemas jurídicos sustanciales a que dan lugar los hechos descritos y antecedentes transcritos.

### 3.3. Problemas jurídicos

De acuerdo con los hechos descritos procede la Sala a contestar los siguientes problemas jurídicos: (i) ¿puede solicitar un accionante que (a) no cumple con los períodos mínimos de cotización del régimen obligatorio de salud; (b) que se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud de un país extranjero; y (c) que no demuestra estar en una situación de insuficiencia económica, solicitar que se exija a la E.P.S. a la cual se encuentra afiliado, proporcionarle el tratamiento médico que requiere, dada la patología que presenta?; (ii) ¿corresponde a la Corte Constitucional exigir a una empresa de medicina prepagada que autorice la prestación de un tratamiento respecto de una patología que no fue expresamente excluida del respectivo plan por el tomador, a pesar de que obran en el expediente claros indicios de que la persona que solicita dicho tratamiento, tenía conocimiento de la patología cuyo tratamiento reclama?

### 3.4. El caso en concreto

3.4.1. La Corte Constitucional ha puesto de presente en reiteradas oportunidades que, de acuerdo con el artículo 164 de la Ley 100 de 1993, la atención de las enfermedades catastróficas o de alto costo, requieren de un período de cotización de 100 semanas<sup>17</sup>. De igual manera, el artículo 26 del Decreto 1938 de 1994 dispone que las enfermedades catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos en el grupo ocho (8) o superiores, exigen de un período mínimo de cotización de 52 semanas<sup>18</sup>. En caso de que no se cumpla con el período mínimo, según el caso, el usuario deberá pagar un

porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar dichos períodos (parágrafo 2° del artículo 26 del Decreto 1938 de 1994).

Ahora bien, “en reiterada jurisprudencia esta Corporación ha sostenido que la aplicación sin contemplaciones de las normas mencionadas, vulnera el derecho constitucional a la salud, en conexión con los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física, de quien necesita el tratamiento sometido a un mínimo determinado de cotizaciones al sistema cuando: 1.- la falta del tratamiento sometido a un mínimo de semanas cotizadas al sistema, vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad física de quien lo requiere; 2.- ese tratamiento no pueda ser sustituido por otro no sometido a semanas mínimas de cotización; 3.- el interesado no pueda cubrir el porcentaje que la E.P.S. se encuentra autorizada legalmente a cobrar y no pueda acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie y 4.- el tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la E.P.S. de quien se está solicitando el tratamiento<sup>19</sup><sup>20</sup> (negritas fuera de texto). Cuando concurren estas cuatro condiciones, la Corte ha ordenado a la E.P.S. cubrir la totalidad atención médica requerida y la ha autorizado para repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud, FOSYGA por la parte equivalente a las semanas no cotizadas<sup>21</sup>.

3.4.2. En esta oportunidad, el accionante en el proceso de la referencia es un hombre de 50 años, afiliado al POS por parte de Colmena Salud E.P.S. desde el 15 de enero de 2003, a quien se le diagnosticó un tumor espinal, el cual debe ser extirpado por medio de una intervención quirúrgica. No hay certeza de que se trate de un tumor maligno, pues no se han practicado los exámenes requeridos para establecerlo. Es decir, el accionante solicita que se ordene a la E.P.S. cubrir la totalidad de la intervención quirúrgica que él requiere, a pesar de que al momento de la interposición de la presente tutela sólo había cotizado seis semanas.

La Sala encuentra que el accionante (a) reúne el primer requisito previsto en la jurisprudencia constitucional, pues la intervención quirúrgica que solicita puede ser necesaria para conservar su vida, dado que existe la posibilidad de que el tumor que padece sea maligno; (b) no se menciona que haya un tratamiento sustitutivo que no requiera de semanas mínimas de cotización, lo cual supone el cumplimiento del segundo requisito; y (c) el tratamiento que solicita, fue prescrito por un médico adscrito a Colmena Salud, tal como lo exige el cuarto requisito.

No obstante, en lo que concierne al tercer requisito desarrollado por la jurisprudencia citada, la Sala encuentra, con base en los documentos anexados por el accionante al expediente, que él se encontraba afiliado al sistema de seguridad social del Ecuador. En efecto, obran en el expediente documentos que demuestran que al señor Serrano Wagner se le habían realizado los respectivos descuentos por concepto de aportes, en su condición de empleado de un hotel en la ciudad de Guayaquil.

En este orden de ideas, la solicitud del accionante de que se ordene a la E.P.S. Salud Colmena cubrirle el tratamiento médico que requiere, sin que le exija el pago correspondiente a las semanas no cotizadas, carece de fundamento constitucional. En efecto, cuando se cumplen las estrictas condiciones a las que se ha hecho referencia en este fallo, la jurisprudencia constitucional ha ordenado que las E.P.S. cubran la atención médica que una persona requiere en tales circunstancias y las ha autorizado para que repitan contra el FOSYGA. La Constitución no protege, por lo tanto, a personas que no ha cumplido los requisitos exigidos por la ley colombiana y que, a pesar de encontrarse cubiertas por el sistema de seguridad social en salud de un país extranjero –como el accionante en el proceso de la referencia– prefieren acudir al colombiano, persiguiendo así que se les asignen recursos públicos para la obtención de un servicio al que pueden acceder por los mecanismos de cobertura de los que disponen.

Por otro lado, en el escrito de impugnación presentado ante el Tribunal Superior de Bogotá, el peticionario alega haber cotizado a la seguridad social colombiana “por más de veinte (20) años comenzando en 1975 con el Seguro Social, después Compensar, Comfenalco y ahora Colmena”<sup>22</sup>. Este argumento carece de fundamento toda vez que el inciso 2° del artículo 164 de la Ley 100 de 1993 estipula que “la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al Sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al Sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año” (negrillas fuera de texto)<sup>23</sup>.

3.4.3. La Corte Constitucional también ha protegido en múltiples oportunidades el derecho a la salud de personas que han adquirido planes de medicina prepagada de salud en atención a que “el contrato de medicina prepagada es, en efecto, un negocio jurídico que tiene una trascendencia especial, en tanto compromete la prestación de un servicio público como el de la salud que tiene amplio desarrollo en la propia Constitución Política (C.P. arts. 48 y 49) e

involucra, a su vez, la protección de derechos de rango superior como el de la vida y la integridad personal, entre otros”<sup>24</sup>.

No obstante, en esta oportunidad la Sala constata lo siguiente: (i) dado que es empleado de un hotel en Ecuador, el accionante se encontraba cubierto por el sistema de seguridad social en salud de ese país antes de afiliarse al POS (como trabajador independiente) y al plan de medicina prepagada; (ii) que el mismo accionante afirma que, luego de haber dejado de cotizar al sistema general de seguridad social en salud en Colombia, volvió a afiliarse al mismo después de “ver a una de mis compañeras de trabajo casi morir en manos de un galeno ecuatoriano”. Por ello consideró que “era mejor estar en mi país con médicos confiables”. No obstante, sostiene que “jamás pensé que tendría que utilizarlo al mes de volverme a afiliar”<sup>25</sup>; (iii) entre la solicitud del accionante a Colmena Salud de que le proporcionara la atención médica que requiere (15 de febrero de 2003) y su afiliación al POS (15 de enero de 2003), media un mes; entre dicha solicitud y la fecha en la cual el accionante adquirió el plan de medicina prepagada (1° de febrero de 2003), median quince días; (iv) que el accionante se abstuvo de responder el auto de pruebas que le fue enviado por esta Sala en el cual se le preguntaba, específicamente, si manifestaba, bajo la gravedad del juramento, que antes de su afiliación al plan de salud prepagada que adquirió el 1° de febrero de 2003, no tenía conocimiento de sufrir del tumor espinal que le fue diagnosticado en Bogotá en febrero del año en curso por el doctor Carlos Montero con Salud Colmena; y (v) que Colmena Salud aportó, a solicitud de la Sala, información abundante en la cual se muestra que el tumor del que sufre el accionante Serrano Wagner es de muy lento crecimiento, de manera que no pudo originarse, evolucionar y causar síntomas a lo largo de los quince días que hay entre la solicitud de que se le financiara la intervención quirúrgica requerida y la adquisición por el accionante del plan de medicina prepagada que lo cubre.

Así pues, si bien es cierto que por regla general las empresas de medicina prepagada están obligadas a prestar la atención médica requerida respecto de todas las afecciones que no hayan sido previa y expresamente excluidas –ya sea por tratarse de preexistencias o en razón del tipo de contrato suscrito–, no puede la Sala obviar que en esta oportunidad hay indicios significativos de que el accionante tenía conocimiento de su patología y a pesar de ello suscribió el plan de medicina prepagada con Colmena Salud, sin advertir de la condición médica en la que se encontraba. Además, el accionante, al abstenerse de dar respuesta a los interrogantes planteados por la Sala en auto de pruebas del 25 de junio de 2003, no disipa

las serias dudas que generan tales indicios.

En este orden de ideas, la Sala confirmará, por las razones expuestas, los fallos de primera y segunda instancia, proferidos por la Sala de Familia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá y por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia, respectivamente.

#### 4. RESOLUCIÓN

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.- LEVANTAR la suspensión del término decretada para decidir el presente asunto.

Segundo.- CONFIRMAR, por las razones expuestas, el fallo proferido por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia el veintiocho (28) de abril de 2003, en el cual se negó la tutela interpuesta por Pedro Iván Serrano Wagner.

Tercero.- Por Secretaría, líbrese la comunicación prevista en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Magistrado

JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Magistrado

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado

IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO

Secretario General (E)

1 Folio 76 del expediente.

2 Folio 77 del expediente.

3 Folio 92 del expediente.

4 Folio 122 del expediente.

5 Folio 122 del expediente.

6 Cfr. folio 6 del expediente.

7 Cfr. folio 106 del expediente.

8 Cfr. folios 107 a 113 del expediente.

9 [www. Yahoo.com/enciclopediamedica](http://www.yahoo.com/enciclopediamedica)

10 [www.afp.org./departaments/endocrine/case/oct.002.html](http://www.afp.org./departaments/endocrine/case/oct.002.html)

11 [www.cancerbacup.org.vk/info/meningioma.htm](http://www.cancerbacup.org.vk/info/meningioma.htm)

12 Folio 145 del expediente.

13 Folio 75 del expediente.

14 Folio 86 del expediente.

15 Folio 87 del expediente.

16 La Corte Constitucional ha concedido en otras oportunidades acciones de tutela interpuestas por personas que se encuentran cubiertas por el POS y que igualmente adquirieron planes de medicina prepagada con Colmena Salud. Así, por ejemplo, la Sentencia T-365 de 2002 (M.P. Jaime Córdoba Triviño). En esa ocasión Colmena Salud no alegó que la

E.P.S. y la empresa de medicina prepagada eran personas jurídicas diferentes sino que el caso fue resuelto con base en que la accionante se encontraba cubierta por dos planes de seguridad social, el POS y el plan de medicina prepagada, ambos proveídos por Colmena Salud. Cobra sentido, en este contexto, que el Directorio Telefónico de Bogotá tenga un solo registro -Colmena Salud- tanto para Colmena Salud E.P.S. S.A. como para Colmena Salud - Medicina Prepagada S.A.

17 Cfr. entre otras, las sentencias T-092 de 1999 (M.P. Alfredo Beltrán Sierra) y T-362 de 2003 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa).

18 Cfr. entre otras, la Sentencia SU-480 de 1997 (M.P. Alejandro Martínez Caballero).

19 Corte Constitucional, Sala Plena, sentencias SU-111 de 1997, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; SU-480 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero, y C-112 de 1998, M.P. Carlos Gaviria Díaz. Sala Primera de Revisión, sentencias T-370, T-385 y T-419 de 1998, M.P. Alfredo Beltrán Sierra. Sala Octava de Revisión, sentencias T-236 y T-328 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz.

20 Sentencia T-092 de 1999 (M.P. Alfredo Beltrán Sierra).

21 Cfr. Sentencia SU-480 de 1997 (M.P. Alejandro Martínez Caballero).

23 Esta prescripción fue declarada exequible por la Corte Constitucional en Sentencia C-112 de 1998 (M.P. Carlos Gaviria Díaz).

24 Sentencia T-540 de 2003 (M.P. Jaime Araujo Rentería). Sobre el particular, pues también consultarse, entre muchas otras, la Sentencia SU-039 de 1998 (M.P. Hernando Herrera Vergara).

25 Cfr. folio 122 del expediente.