

# **NUEVOS DESARROLLOS JURISPRUDENCIALES EN MATERIA DE SEGUROS DE SALUD**

Manuel Guillermo Rueda Serrano  
Abogado – Consultor

Medellín – Octubre de 2015

# Plan de Trabajo

- 1. Repaso normativo de los seguros de salud.**
- 2. Jurisprudencia relacionada con los seguros de salud.**
- 3. Algunos fallos de tutela referidos a temas de seguros que pueden tener incidencia futura en los seguros de salud.**

# **Repaso normativo sobre los seguros de salud**

# *Repaso normativo seguros de salud*

- Antes de la Constitución Política de 1991 y de la Ley 100 de 1993:
  - ❖ Seguro privado, regido por las normas del contrato de seguro contenidas en el Código de Comercio.
  - ❖ Aplicación del art. 1140 del Código de Comercio, que refiere estos seguros asociados a gastos médicos, clínicos y hospitalarios a los seguros de daños.

# *Repaso normativo seguros de salud*

- Constitución Política de 1991 y Ley 100 de 1993:
  - ❖ Artículo 48 de la Constitución Nacional, permite la participación de los particulares en la prestación de los servicios de la Seguridad Social.
  - ❖ Artículo 169 de la Ley 100 de 1993: permite los Planes Complementarios de Salud, inicialmente prestados por las propias EPS.

# Repaso normativo seguros de salud

## ➤ Decreto 806 de 1998:

### ❖ Planes Adicionales de Salud (PAS):

- ✓ Conjunto de beneficios opcionales y voluntarios
- ✓ Financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.
- ✓ Son de exclusiva responsabilidad de los particulares
- ✓ Son un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

# Repaso normativo seguros de salud

## ➤ Decreto 806 de 1998:

### ❖ Planes Adicionales de Salud (PAS):

- ✓ Para vender un PAS se requiere verificación previa de afiliación al Régimen Contributivo, so pena de responder por el POS.
- ✓ Facultativo para las entidades que ofrezcan PAS la realización de exámenes de ingreso, con fines preventivos, de promoción y para excluir riesgos.
- ✓ Prohibición de preexistencias en las renovaciones.
- ✓ Seguros de salud son considerados PAS, **“que se registrarán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general”**.

# Repaso normativo seguros de salud

## ➤ Ley 1438 de 2011:

### ❖ Planes Voluntarios de Salud:

- ✓ Modifica el artículo 169 de la Ley 100 de 1993 sobre Planes Complementarios de Salud.
- ✓ Recoge en lo fundamental el Decreto 806/98 sobre PAS:
  - Verificación previa de afiliación al Régimen Contributivo.
  - Se financian con recursos privados.
  - Son voluntarios en su contratación y utilización.
  - Se mantiene la prohibición de preexistencias en las renovaciones.



# Repaso normativo seguros de salud

## ➤ Ley 1438 de 2011:

### ❖ Planes Voluntarios de Salud:

- ✓ Define la cobertura de los PVS:
  - Cubrir total o parcialmente una o varias de las prestaciones derivadas de riesgos de salud;
  - Servicios de salud, médicos, odontológicos, pre y poshospitalarios, hospitalarios o de transporte, condiciones diferenciales frente a los planes de beneficios y otras coberturas de contenido asistencial o prestacional. Igualmente podrán cubrir copagos y cuotas moderadoras exigibles en otros planes de beneficios.
- ✓ Prohíbe terminación unilateral para las entidades, salvo que medie incumplimiento de la otra parte.

# Repaso normativo seguros de salud

## ➤ Ley 1751 de 2015:

### ❖ Ley Estatutaria de Salud:

- ✓ Regula el Derecho Fundamental a la Salud como derecho autónomo e independiente.
- ✓ Aplica a todos los agentes, usuarios y demás que intervengan de manera directa o indirecta en la garantía del derecho fundamental a la salud.
- ✓ Relevancia desde el punto de vista de jurisprudencia constitucional sobre los seguros de salud.

# **Jurisprudencia relacionada con los seguros de salud**

# *Jurisprudencia relacionada con seguros de salud*

- **Naturaleza y características de los seguros de salud.**
- Cobertura de preexistencias médicas.
- Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico.
- Validez limitación de valor asegurado.
- Manejo de las retenciones

# *Jurisprudencia relacionada con seguros de salud*

- Naturaleza y características de los seguros de salud:
  - ❖ Forman parte del SGSSS.
  - ❖ Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada.

## *Forman parte del SGSSS*

a) Pertenecen al SGSSS pero se rigen por sus propias normas, diferentes a las reglas imperativas del Sistema - Sentencia T-533/96

“Por otra parte, como el régimen consagrado en la normatividad sobre seguridad social contempla las posibilidades de que al Plan Obligatorio de Salud, a cargo de las denominadas Entidades o Empresas Promotoras de Salud (EPS), se adicionen planes complementarios(...) se hace menester que la Corte precise lo siguiente:

*Se trata de dos relaciones jurídicas distintas, una derivada de las normas imperativas propias de la seguridad social y otra proveniente de la libre voluntad del afiliado.....”*

## *Forman parte del SGSSS*

b) Pertenecen al SGSSS, no implican prestación del servicio pero inciden en la prestación, por lo que se otorga protección - Sentencia T-171/03

“En el caso sujeto a examen es claro que no está de por medio la afectación del interés colectivo y, en principio, la entidad demandada no lo ha sido en función de una actividad de servicio público, dado que la controversia gira en torno a la aplicación de un contrato de seguro. No obstante que **los contratos de seguros médicos y hospitalarios se inscriben dentro del sistema general de seguridad social en salud, en la modalidad de planes adicionales,** el objeto de un contrato de seguro como el que es materia de consideración en este caso, **aunque puede tener repercusiones en el ámbito de la salud, no comporta actividades de prestación en ese campo.**”

## *Forman parte del SGSSS*

b) Pertenecen al SGSSS, no implican prestación del servicio pero inciden en la prestación, por lo que se otorga protección - Sentencia T-171/03

“Por otra parte, tampoco resulta de recibo, en una interpretación de buena fe del contrato, que la compañía accionada se niegue autorizar la cirugía que requiere la accionante, por cuanto **si bien es cierto que la aseguradora no tiene la condición de una entidad prestadora del servicio de salud, ni puede disponer que se practique por su cuenta y bajo su responsabilidad el tratamiento requerido, no es menos cierto que la asegurada no estaría en condiciones de acceder al tratamiento que requiere si no tiene la certeza de que va a obtener el reembolso correspondiente, en los términos del contrato, por parte de la aseguradora.**”



## *Forman parte del SGSSS*

c) Pertenecen al SGSSS, corresponden a una relación de derecho privado pero inciden en derechos fundamentales - Sentencia T-731/04

“En este orden de ideas, es claro que las relaciones jurídicas que se generan entre los afiliados y las E.P.S., y los afiliados y las empresas de medicina prepagada, a pesar de estar enmarcadas dentro de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen un origen y una naturaleza diferente, pues mientras **las primeras derivan de normas imperativas propias de la seguridad social, las segundas se originan en la libre voluntad de los afiliados,** quienes deciden contratar los servicios de un plan de medicina prepagada para mejorar la calidad de los servicios de salud que reciben. De esta manera, mientras la relación entre una E.P.S. y un afiliado es de derecho público, **la que surge entre una empresa de medicina prepagada y un usuario es básicamente de derecho privado, aunque tienen ciertas dimensiones públicas en tanto involucra la realización de derechos fundamentales del contratante.**”

## *Forman parte del SGSSS*

d) Naturaleza civil, pero tiene relación directa con el derecho fundamental a la salud lo que limita la interpretación del contrato - Sentencia T-724/05

“En definitiva, la medicina prepagada tiene sustento en una relación de naturaleza civil, en la cual el contenido de las obligaciones de las partes está regulada, en un primer momento, por el derecho privado. No obstante, el objeto de ese contrato tiene una relación inescindible con la eficacia del derecho constitucional a la salud, por lo que la interpretación del alcance de las cláusulas contractuales está supeditada, en todo caso, a la necesidad de garantizar el ejercicio cierto de ese derecho.”

## *Forman parte del SGSSS*

e) Naturaleza privada, pero tiene relación directa con el derecho fundamental a la salud y a la vida - Sentencia T-271/06

“No obstante, ha considerado la Corte Constitucional que cuando la expectativa del riesgo pactado en salud se concreta, cambia el ámbito de los derechos que se encuentran en juego por el incumplimiento del contrato de medicina prepagada, desplazando los de naturaleza meramente prestacional representados en el acceso a los servicios que se han concertado, para involucrar derechos fundamentales del beneficiario de la póliza como son la vida y la integridad personal, y en ese contexto, es viable acudir a la acción de tutela para su protección.”

## *Forman parte del SGSSS*

f) Naturaleza privada, pero tiene relación directa con el derecho fundamental a la salud y a la vida - Sentencia T-158/10

“Por regla general las controversias que se presenten en virtud de la celebración y ejecución de un contrato adicional de salud, entiéndase de planes complementarios, de medicina prepagada y de pólizas de salud, deben ser ventiladas ante la jurisdicción ordinaria por tratarse de contratos que se rigen por normas de derecho privado. Empero, puede ser que aquellas trasciendan al plano de los derechos fundamentales, evento en el cual deberán ser resueltas por la jurisdicción constitucional cuando resulten vulnerados o amenazados derechos de raigambre fundamental, por la acción u omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares que prestan el servicio público esencial de salud.”.

”

## *Forman parte del SGSSS*

f) Naturaleza privada, pero tiene relación directa con el derecho fundamental a la salud y a la vida - Sentencia T-158/10

“(i) Se trata de personas jurídicas privadas que participan en la prestación del servicio público de salud; (ii) los usuarios de las empresas que prestan los servicios adicionales de salud se encuentran en estado de indefensión frente a éstas, toda vez que dichas empresas tienen bajo su control el manejo de todos los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales ofrecidos (...) y, (iii) la vía ordinaria no es idónea ni eficaz para la resolución de un conflicto que involucra la violación o amenaza de derechos fundamentales como la vida y la dignidad de las personas (...)”

# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

a) Se rigen por los mismos principios del contrato de seguro - Sentencia T-533/96

“Por supuesto, quienes contratan con las compañías de medicina prepagada deben ser conscientes de que ellas, aunque se comprometen a prestar un conjunto de servicios que cobijan diferentes aspectos de salud (consultas, atención de urgencias, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, suministro de medicinas, entre otros), **operan con arreglo a principios similares a los que inspiran el contrato de seguro**, pues, como se trata de garantizar el cubrimiento de los percances y dolencias que afecten a los beneficiarios a partir de la celebración del contrato, están excluidos aquellos padecimientos anteriores al mismo.”

# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

b) Se rigen por los mismos principios del contrato de seguro - Sentencia T-533/96

“En efecto, la medicina que se contrata bajo esta modalidad se caracteriza cabalmente por su pago previo **y opera a la manera del seguro**, en el cual el asegurador está llamado a cubrir siniestros que puedan presentarse después de celebrado el contrato pero en modo alguno los que ya hayan tenido ocurrencia en el momento de tomar la póliza.”

# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

c) Se aplican las mismas reglas interpretativas a los seguros de salud y a los contratos de medicina prepagada - Sentencia T-171/03

“Pese a la mencionada diferencia, los contratos de seguros en el ámbito de la salud, pueden tener incidencia indirecta sobre los derechos fundamentales, y por su naturaleza y características están sujetos, *mutatis mutandi*, a las mismas pautas interpretativas de los contratos de medicina prepagada.”



# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

d) Medicina prepagada es una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos - Sentencia T-152/06.

*“Sobre el mismo tema, dijo la Corte Constitucional en sentencia C-176 de 1996 MP. Alejandro Martínez Caballero: “Es más, en ese orden de ideas la Corte considera que la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos.”*”

# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

e) Se interpretan igual, así sean de naturaleza diferente - Sentencia T-158/10.

“Ahora bien, teniendo en cuenta que los contratos de seguros médicos en general pueden influir sobre los derechos fundamentales, *sin desconocer su diferente naturaleza jurídica, la jurisprudencia constitucional ha considerado que por su origen y características “están sujetos, mutatis mutandi, a las mismas pautas interpretativas de los contratos de medicina prepagada.”*”

# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

e) Se interpretan igual, así sean de naturaleza diferente - Sentencia T-158/10.

“Ello por cuanto los dos, desde diferentes perspectivas, tienen como objeto la protección del derecho a la salud de los beneficiarios; e igualmente, que los dos son contratos de adhesión en los cuales la parte asegurada en el contrato de seguros o el tomador en el contrato de medicina prepagada, se adhieren a unas cláusulas previamente elaboradas y establecidas por la entidad aseguradora”

# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

f) Son contratos de naturaleza diferente - Sentencia T-428/15.

“Los contratos de medicina prepagada, de acuerdo al Decreto 1570 de 1993, son “el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y la prestación de los servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.” Estos contratos hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud y benefician a quienes se encuentran en el régimen contributivo ofreciendo una mayor cobertura y/o calidad, respecto del Plan Obligatorio de Salud.”

# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

f) Son contratos de naturaleza diferente - Sentencia T-428/15.

“Estos contratos se rigen por las normas del Código Civil y del Código de Comercio y, como lo señala el Decreto 1468 de 1994, parten del supuesto de que la compañía prestadora del servicio cubrirá, a partir de su celebración o de la fecha que acuerden las partes, los riesgos relativos a la salud del contratante y de las personas que sean señaladas por él como beneficiarias; sin embargo, dado que se trata de una actividad donde, además de captar recursos del público, se está prestando un servicio público y se ven involucrados derechos fundamentales como la vida, la integridad física y la salud, la intervención y vigilancia del Estado es imperativa. Sentencia T-533 de 1996.”

# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

f) Son contratos de naturaleza diferente -  
Sentencia T-428/15.

“El contrato de seguro, o la póliza de seguro, se rige por el capítulo V del Código de Comercio, según el cual “el seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva”. En consecuencia, las disposiciones que determinan la validez y, en general, todos los asuntos atinentes a este contrato, están determinados por la legislación comercial y encuentran su fundamento en el principio de autonomía de la voluntad privada.”

# Similitudes y diferencias con los contratos de medicina prepagada

f) Son contratos de naturaleza diferente - Sentencia T-428/15.

“Los contratos de seguro, a diferencia de los contratos de medicina prepagada, no suponen la prestación de los servicios de salud, sino que, de acuerdo a las normas previstas en el Código de Comercio, parten del aseguramiento de un riesgo que, en caso de concretarse, dan lugar al reembolso de la suma de dinero correspondiente.”

# *Jurisprudencia relacionada con seguros de salud*

- Naturaleza y características de los seguros de salud.
- **Cobertura de preexistencias médicas.**
- Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico.
- Validez limitación de valor asegurado.
- Manejo de las retenciones



# Cobertura de Preexistencias Médicas

a) No se cubren preexistencias médicas por ser contrarias a la noción de riesgo asegurable - Sentencia T-277/97.

“En efecto, la medicina que se contrata bajo esta modalidad se caracteriza cabalmente por su pago previo y opera a la manera del seguro, en el cual el asegurador está llamado a cubrir siniestros que puedan presentarse después de celebrado el contrato pero en modo alguno los que ya hayan tenido ocurrencia en el momento de tomar la póliza.”

# Cobertura de Preexistencias Médicas

b) Se deben excluir en forma expresa y taxativa  
– Sentencia SU-039/98.

“La Corte señaló que en el contrato de medicina prepagada se pueden excluir de su cubrimiento enfermedades preexistentes, **pero estas exclusiones deben “constar en forma expresa y taxativa en el texto del contrato o en los anexos a él incorporados [...] de manera que, las enfermedades y afecciones que no sean determinadas oportunamente, deberán ser asumidas por la entidad de medicina prepagada con cargo al contrato convenido”**”

# Cobertura de Preexistencias Médicas

c) Se deben excluir en forma expresa y taxativa, previa la realización de exámenes médicos – Sentencia T-271/06.

“En el anterior marco conceptual, la Corporación ha entendido que el sentido de las anteriores provisiones es completamente aplicable **tratándose de contratos de seguro** en que el objeto de la gestión, específicamente considerado, tiene efecto en la salud y en la vida del asegurado por razón de la materia de la cobertura, ya que por este hecho, no puede mirarse bajo la misma óptica que cualquiera otra convención en seguros. Así ha determinado que **en estos contratos, las preexistencias también deben determinarse en forma taxativa al momento de suscribirlos, con base en exámenes médicos que la empresa aseguradora realice a los asegurados a fin de que conozcan y consientan qué eventos de su salud no quedan amparados porque ya los padece**”

## Cobertura de Preexistencias Médicas

d) No se pueden incluir preexistencias en la renovación del seguro o sería abuso de posición dominante – Sentencia T-158/10.

“Sumado a ello, al tenor literal del párrafo único del artículo 21 del Decreto 806 de 1998, las entidades habilitadas para ofrecer Planes Adicionales de Salud (PAS) **no pueden incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato**, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial. **Hacerlo, constituye un abuso de la posición dominante.**”

# Cobertura de Preexistencias Médicas

e) Las preexistencias deben ser expresa y taxativamente previstas como exclusión – Sentencia T-325/14.

“Por lo tanto, no le asiste razón a la entidad accionada cuando sostiene que la menor estaba recibiendo servicios de salud por enfermedades preexistentes, ya que, como se indicó, para que una compañía aseguradora pueda negarse a autorizar la prestación de un servicio de salud por considerar que la enfermedad que se pretende tratar es preexistente a la vigencia del contrato de seguro, esta exclusión debe haber sido pactada expresa y taxativamente en la póliza o en sus anexos.”

# *Jurisprudencia relacionada con seguros de salud*

- Naturaleza y características de los seguros de salud.
- Cobertura de preexistencias médicas.
- Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico.
- Validez limitación de valor asegurado.
- Manejo de las reticencias

# Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico

a) Mora en el pago de contrato afecta continuidad en la prestación del servicio y si se recibió dinero posterior se debe otorgar cobertura – Sentencia T-158/10.

“Tratándose de los contratos de medicina prepagada, las empresas que prestan este servicio se encuentran obligadas a garantizar a sus afiliados la culminación de los tratamientos médicos en curso, con el fin de acatar y respetar íntegramente el derecho a la continuidad en la prestación de los servicios de salud.”

# Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico

a) Mora en el pago de contrato afecta continuidad en la prestación del servicio y si se recibió dinero posterior se debe otorgar cobertura – Sentencia T-158/10.

“Cuando el incumplimiento en la suma periódica o pago del precio por parte de usuario genera la suspensión del servicio de salud prepagado y la compañía recibe extemporáneamente de manos del usuario el pago consolidado de la deuda sin devolverlo o sin exponer objeción en el momento, se presenta la aplicación *analógica iuris de la doctrina jurisprudencial del allanamiento a la mora*. Cuando tal situación sucede, no es dable que la compañía de medicina prepagada continúe con la suspensión del servicio y mucho menos que alegue la pérdida de antigüedad o el cambio de las condiciones contractuales en perjuicio del usuario, pues al allanarse al incumplimiento no le es posible exigir la observancia del contrato de forma tal que pueda beneficiarse de su negligencia por no haberlo terminado anticipadamente mediante el uso de la excepción de contrato no cumplido.”.



# Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico

b) Aplicación continuidad en el servicio a los PAS  
– Sentencia T-959/10.

“Si bien las compañías de seguros no tienen el carácter directo de entidades prestadoras de servicios médicos, los particulares pueden contratar con estas el cubrimiento de planes adicionales en salud que pueden incluir servicios de hospitalización, cirugía etc. y por estar involucrados derechos de índole constitucional como la salud, la vida y la integridad personal sus postulados deben guiarse por la continuidad e integralidad de los servicios médicos contratados, y al igual que las Empresas Prestadoras de Salud o IPS les está prohibido argumentar razones de tipo administrativo, contractual para suspender, terminar o paralizar las ordenes médicas necesarias para restablecer el estado de salud quebrantado ”

# Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico

c) Aplicación continuidad en el servicio a los PAS  
– Sentencia T-325/14.

“Al respecto, esta Corporación ha señalado que “[e]l derecho constitucional de toda persona a acceder, con continuidad, a los servicios de salud que una persona requiere, no sólo protege el derecho a mantener el servicio, también garantiza las condiciones de calidad en las que se accedía al mismo.” En el mismo sentido, ha considerado que el principio de continuidad en el servicio también se predica de aquellos contratos que tienen por objeto la prestación de Planes Adicionales de Salud”

# Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico

c) Aplicación continuidad en el servicio a los PAS  
– Sentencia T-325/14.

“Del anterior recuento jurisprudencial se puede concluir que las empresas que prestan planes adicionales de salud, asumen el deber de garantizar la prestación del servicio público de salud a sus usuarios, de acuerdo con los principios de continuidad, calidad e integralidad, y cuando se desconocen estos principios, se pueden vulnerar o poner en riesgo los derechos fundamentales de los usuarios a la vida, la salud o la integridad personal, haciendo que la acción de tutela se constituya en un mecanismo judicial procedente para pronunciarse sobre la protección de estos derechos.”

# Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico

c) Aplicación continuidad en el servicio a los PAS  
– Sentencia T-325/14.

“Sin embargo, la entidad accionada decidió revocar la póliza respecto de la menor a partir del veintiséis (26) de agosto de dos mil trece (2013), argumentando que hubo reticencia por parte del tomador. En casos similares, la jurisprudencia de esta Corporación ha considerado que una interrupción abrupta en la prestación de servicios de salud pactados en planes adicionales de salud desconoce el principio de continuidad en el servicio derivado del mandato constitucional de prestación eficiente de servicios públicos y, en casos concretos, puede llegar a vulnerar otros derechos fundamentales de los usuarios de este tipo de servicios.”

# Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico

c) Aplicación continuidad en el servicio a los PAS  
– Sentencia T-325/14.

“En efecto, cuando una compañía aseguradora suscribe una póliza de seguro de salud de la que se beneficia un niño en primera infancia, asume la obligación de garantizar el derecho *impostergable* a la salud de ese menor en forma oportuna y con calidad, ya que en esta etapa de la vida “se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano”. Por esta razón, cualquier tardanza en la prestación de un servicio de salud que esta persona requiera puede tener efectos irreversibles en su desarrollo integral. Pero si además se trata de una niña con discapacidad, la suspensión en la prestación de servicios que influyan en el desarrollo integral de esa persona será más grave, porque sus necesidades de atención y cuidado especializado son mayores. ”

# *Jurisprudencia relacionada con seguros de salud*

- Naturaleza y características de los seguros de salud.
- Cobertura de preexistencias médicas.
- Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico.
- **Validez limitación de valor asegurado.**
- Manejo de las retenciones

## Validez limitación valor asegurado

a) Es válido limitar contractualmente la suma asegurada en un seguro de salud – Sentencia T-158/10.

“Visto lo anterior, la Sala considera que la exclusión o **el límite de la cobertura que pactaron las partes en la póliza** de hospitalización y cirugía MGRO 133, enseña en forma previa, clara y taxativa que el tope máximo de cubrimiento del riesgo asegurado por concepto de suministro de prótesis ortopédicas, es la suma de \$723.500,00, lo que significa que al estar plenamente determinada la cuantía del reconocimiento y el valor tope asegurado para la ocurrencia de esa clase de siniestros, en el caso estudiado el reemplazo total de rodilla anatómica derecha, **el contrato de seguro de salud debe regirse por las condiciones preestablecidas en el clausulado de la póliza, ya que se convierte en ley para las partes.**”

# Validez limitación valor asegurado

a) Es válido limitar contractualmente la suma asegurada en un seguro de salud – Sentencia T-158/10.

“Por vía de tutela no puede obligarse a XXX a que asuma una indemnización económica por un siniestro mayor al que se obligó desde la celebración contrato, pues sería tanto como sorprenderlo y quebrantar el principio de la buena fe reforzada que rige este tipo de Planes Adicionales de Salud. Ni siquiera se puede pensar que estamos en presencia de una cláusula ambigua que beneficie a la accionante, pues del texto de la misma se denota con exactitud el límite patrimonial a la cobertura por el riesgo de suministro de prótesis ortopédicas. Sumado a ello, la señora Jenny Gabriel de Soruco puede acudir a la EPS Sanidad Militar, a la cual se encuentra afiliada, para que su caso sea valorado por un médico especialista de esa red y le suministren la prótesis anatómica de rodilla que está incluida dentro del Plan Obligatorio de Salud de esa entidad.”



# *Jurisprudencia relacionada con seguros de salud*

- Naturaleza y características de los seguros de salud.
- Cobertura de preexistencias médicas.
- Cobertura para garantizar la continuidad en la prestación del servicio médico.
- Validez limitación de valor asegurado.
- **Manejo de las reticencias**

# Manejo de las reticencias

a) Inoperancia de la reticencia por actuaciones posteriores de la compañía de seguros – Sentencia T-325/14.

“En primer lugar, como se indicó en las consideraciones de esta sentencia, una de las condiciones para que se pueda declarar la reticencia en los contratos de seguros de salud es que la compañía aseguradora no se haya allanado al incumplimiento del tomador. Esta interpretación parte del texto mismo del artículo 1058 del Código de Comercio (...)”

# Manejo de las reticencias

a) Inoperancia de la reticencia por actuaciones posteriores de la compañía de seguros – Sentencia T-325/14.

“Sin embargo, luego de que el señor XXXXXXXX suscribió la declaración de asegurabilidad y de que la menor XXXXXXXX ingresó como asegurada de la póliza de salud en cuestión, Seguros XXXXXXXXXX adelantó actuaciones de las cuales se puede concluir que se subsanó los posibles vicios en los que pudo haber incurrido el tomador.”

# Manejo de las reticencias

a) Inoperancia de la reticencia por actuaciones posteriores de la compañía de seguros – Sentencia T-325/14.

“En efecto, la compañía aseguradora, luego de la declaración de asegurabilidad, teniendo conocimiento del estado de salud de la menor, recibió el pago de las mensualidades de la póliza durante cerca de tres (3) años. Además, en ese lapso renovó la póliza de salud, e incluso el veinte (20) de enero de dos mil doce (2012) permitió el cambio de la modalidad de la póliza del Plan XXXXXXXX al Plan XXXXXX.”

# Manejo de las reticencias

b) Reticencia en seguros de salud se resuelve en jurisdicción ordinaria – Sentencia T-325/14.

“Para la Sala es claro que el asunto versa sobre un tema meramente contractual que deberá ser definido a través de un debate probatorio adecuado en el que se puedan determinar las circunstancias en los que la accionante presuntamente omitió manifestar la situación de salud de su hija XXX, quien al momento de la suscripción del contrato se encontraba pendiente de recibir el diagnóstico sobre las causas de una supuesta intoxicación por plomo, y de su otra hija XXX, quien presentaba antecedentes asmáticos. Es el juez ordinario quien debe analizar las pruebas aportadas por las partes al presente expediente y, de esta forma definir si efectivamente se materializó una de las causales de nulidad del contrato y si la accionante incumplió una de las obligaciones que le asistían como tomadora, situación que según la cláusula X da lugar a la terminación unilateral del contrato.”

**Algunos fallos de tutela  
referidos a temas de seguros  
que pueden tener incidencia en  
los seguros de salud**

- Confusión entre preexistencias y reticencias.
- Reticencia exige verificación previa por parte de la compañía de seguros.
- Prescripción

**Muchas Gracias**