

Sentencia SU.1554/00

SERVICIO DE MEDICINA PREPAGADA-Naturaleza

Esta Corporación, al referirse a la naturaleza del servicio, ha dicho que “en principio estamos en presencia de una actividad económica [la de medicina prepagada], pues unas empresas e instituciones prestan unos determinados servicios, en general con el fin de obtener unas utilidades”. No obstante su carácter empresarial, esta actividad no es de cualquier tipo pues por medio de ella algunas entidades prestan servicios de salud a los usuarios que contraten con ellas. Este tipo de prestación del servicio de salud es específico debido a la modalidad del prepago, pues ella implica mayores riesgos para los usuarios del sistema. Así, cuando un cliente cancela un servicio ya prestado, su necesidad de atención de salud ha sido satisfecha. En cambio, en la medicina prepagada existe siempre el riesgo de que la persona abone la tarifa pero no pueda acceder al servicio de salud al cual tiene derecho según el contrato, pues si la entidad entra en crisis por no haber efectuado manejos financieros adecuados el cliente queda desprotegido. En suma, puede decirse que la naturaleza del servicio de medicina prepagada está determinada por dos supuestos fundamentales: 1.) El ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada dentro del marco constitucional y legal; y 2.) La prestación de un servicio público, como es el de salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, a través de la Superintendencia Nacional de Salud.

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Alcance

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Adhesión

EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Aplicación de preexistencias y exclusión/CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Exclusión de preexistencias previa, expresa y taxativamente

EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Necesidad de realizar examen de ingreso o admisión/EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Improcedencia para modificar o alterar los términos del contrato

Esta Compañía, siguiendo la jurisprudencia de la Corte antes citada, estaba en la obligación

de realizar el correspondiente examen de ingreso o admisión, precisamente, con el único fin de establecer, desde el mismo momento de la afiliación, cuáles serían aquellas enfermedades y dolencias físicas que, por ser anteriores al negocio jurídico a celebrar, iban a constituir preexistencias y, por tanto, a quedar excluidas del catálogo de servicios médicos ofrecidos. En consecuencia, al no haberse practicado dicho examen y no haberse definido de manera expresa la preexistencia alegada, Colsánitas S.A. no podía, unilateralmente, proceder a modificar o alterar los términos del contrato suscrito, sustrayéndose al cumplimiento de la obligación inicialmente contraída.

Referencia: expediente T-324.346

Peticionario: Mario González Mejía

Procedencia:

Juzgado 15 penal del Circuito de Cali

Magistrada Ponente (e):

Dra. CRISTINA PARDO SCHLESINGER

Bogotá, D.C., veintiuno (21) de noviembre de dos mil (2000).

La Sala Plena de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente:

SENTENCIA

en el proceso de tutela radicado bajo el número T-324.346 adelantado por el ciudadano Mario González Mejía contra Colsánitas S.A.

I. ANTECEDENTES

De acuerdo con lo dispuesto en los artículos 86 de la Constitución Política y 33 del Decreto 2591 de 1991, la Sala Sexta de Selección de la Corte Constitucional, mediante Auto del trece (13) de junio de 2000, decidió escoger para revisión el expediente T-324.346. Por reparto, correspondió revisar la acción de tutela enunciada a la Sala Octava de Revisión, presidida por

la suscrita magistrada.

1. Solicitud y hechos

Manifiesta el peticionario, que su hijo John Mario González suscribió con Colsánitas S.A. un contrato de medicina prepagada cuya vigencia inició a partir del primero (1) de marzo de 1993, y en el cual fue incluido el accionante en calidad de beneficiario a partir del primero (1) de diciembre de 1993. Desde el momento de la afiliación hasta la fecha de iniciación del presente proceso de tutela, afirma, han sido canceladas ininterrumpidamente todas y cada una de las cuotas que se estipularon en el contrato.

Señala que solicitó a la entidad demandada la prestación de los servicios médicos necesarios para tratar la diabetes que sufre desde hace algunos años. Afirma que la entidad se negó a prestarle los servicios solicitados alegando una preexistencia, a pesar de que él no había declarado enfermedad preexistente alguna a la suscripción de este contrato. Además, asevera, que en ejercicio del derecho de petición, solicitó a Colsánitas S.A. la autorización para la prestación de los servicios requeridos, sin que nunca hubiera recibido respuesta.

En consecuencia, el actor solicita la urgente atención médica y que se le practiquen los exámenes médicos de laboratorio y medicina necesarios para su pronta recuperación, así como el transplante de riñón que requiere. Manifiesta que la negativa y la omisión de la entidad demandada han puesto en grave peligro su vida, vulnerando también sus derechos a la salud, a la seguridad social y de petición.

1. Contestación de Colsánitas S.A.

Mediante documento de fecha 23 de marzo del 2000, la entidad demandada contestó los cargos presentados en la tutela, informando que en Consejo Médico se autorizó al accionante el tratamiento de hemodiálisis a cargo de la entidad, como una excepción ex gratia y dada la antigüedad del usuario del contrato. De acuerdo con la decisión del Consejo Médico, esta prerrogativa fue concedida a pesar que el peticionario nunca presentó ante la accionada las respectivas órdenes médicas con el fin de que se le pudieran expedir las autorizaciones necesarias para iniciar los tratamientos.

Por otro lado, agregó que el señor González Mejía en la solicitud de afiliación al servicio de medicina prepagada declaró no padecer de “hipertensión arterial” ni “diabetes”, lo cual se desestimó posteriormente. Al respecto explicó que en orden médica del 18 de febrero de 1998, el doctor Jorge Eduardo Satizábal, oftalmólogo adscrito a la demandada, solicitó a la entidad en mención el cubrimiento de los gastos que se generaran por un procedimiento diagnóstico requerido por el actor. Para esto remitió a Colsánitas copia de la historia clínica del señor González, en la cual consta que éste informó que tenía antecedentes de hipertensión y diabetes desde hace 23 años. Por esta razón, Colsánitas S.A. codificó en el sistema dichas patologías como preexistentes a la fecha de afiliación, excluyéndolas de toda cobertura del contrato de medicina prepagada.

Manifestó que el señor González al no suministrar la información veraz y completa al momento de afiliarse, indujo en error a la entidad accionada, la cual, de haber conocido esta condición, habría podido no celebrar el contrato o celebrarlo bajo términos diferentes. En este sentido, la conducta del actor viola el principio de la buena fe que debe primar en todos los contratos.

En consecuencia, y por existir una exclusión expresa en el contrato de medicina prepagada suscrito por el petente, Colsánitas, en su entender, no tiene obligación alguna de cubrir los tratamientos solicitados por el demandante ni tampoco ha violado sus derechos fundamentales.

Por último, afirmó que no se desconoció el derecho de petición, ya que se dio respuesta oportuna y satisfactoria a lo solicitado por el peticionario, la cual, por desconocimiento de la entidad, fue dirigida a otra dirección donde ya no vive el actor.

1. Fallo que se revisa

El Juzgado 15 Penal del Circuito de Cali, mediante sentencia del 7 de abril del 2000 denegó la acción de tutela por haber cesado los motivos que originaron la demanda, al autorizarse el tratamiento de hemodiálisis a cargo de Colsánitas S.A.

Brevemente, el juzgador presenta argumentos en los que sostiene que el derecho a la

seguridad social es de carácter fundamental por conexidad con los derechos a la vida y a la dignidad humana, de acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional.

Afirma el juez de tutela que es evidente el detrimento y el riesgo que permanentemente sufre la vida del accionante al no ser sometido a los tratamientos médicos necesarios y previstos para la enfermedad que padece.

A su juicio, existió omisión por parte de Colsánitas al haber admitido al tutelante sin haberle practicado un riguroso examen médico, para así haber detectado las dolencias y enfermedades que éste podría presentar al momento de su afiliación. Además, hasta que el peticionario no solicitó a la entidad un tratamiento costoso, la demandada nunca se manifestó contraria u objetó la afiliación del petente. Esto demuestra, en el entender del juez, mala fe por parte de la entidad demandada en la ejecución del contrato.

Así las cosas, en miras de proteger los derechos a la seguridad social, salud y vida, considera que Colsánitas S.A debe dar el tratamiento de diálisis peritoneal, y mantener su prestación al peticionario no como una gracia sino como obligación, mientras lo requiera el actor.

4. Pruebas solicitadas por la Sala

La Sala mediante Auto de veintiocho (28) de julio de dos mil decretó pruebas con el objeto de establecer la veracidad de los hechos. De esta forma, se allegaron al proceso las siguientes pruebas:

* Colsánitas S.A. informó que el peticionario se encuentra afiliado a la E.P.S. Sanitas S.A. a partir del primero de abril de 2000 (folio 178). También informó que se está realizando desde el 27 de marzo del año en curso, el tratamiento de hemodiálisis (folio 178), para lo cual adjuntó volantes de autorización de servicios (folios 180 a 183).

* El Señor González Mejía informó que se afilió a la E.P.S. Cruz Blanca desde el mes de mayo de 1999, debido a que Colsánitas nunca lo afilió a ninguna E.P.S. Además manifestó que Colsánitas autorizó el protocolo para el trasplante de riñón, expidiéndose las autorizaciones

para realizar la evaluación del receptor (folios 185 a 187).

* El Doctor Carlos Hernán Mejía García, médico nefrólogo del Servicio de Terapia Renal de la Cruz Roja, allegó al expediente un informe en el cual manifiesta que el peticionario sufre de diabetes desde hace aproximadamente 20 años, y que “consultó síntomas relacionados a insuficiencia renal crónica a inicios del año 1999”. También, en dicho informe se especifica que inicialmente el accionante fue tratado mediante hemodiálisis, luego se trasladó al procedimiento de diálisis peritoneal, y actualmente “se haya completando protocolo pretrasplante renal”. Por último, afirma que la diálisis peritoneal ha demostrado ser superior que la hemodiálisis para pacientes con diabetes (folios 208 a 209).

* Por último, el Juzgado 15° Penal del Circuito el Cali remitió a la Corte la diligencia de declaración que rindió el peticionario a solicitud de esta Sala. Lo dicho por el accionante en esta diligencia se puede resumir así: a) Dice encontrarse enfermo de insuficiencia renal debido a una diabetes hereditaria, y afirma haber sido tratado mediante hemodiálisis y posteriormente a través de diálisis peritoneal. b) Manifiesta sufrir de insuficiencia renal aproximadamente desde hace un año. c) No conoce la razón por la cual en historia clínica oftalmológica se afirma que sufre de diabetes e hipertensión desde hace 23 años, ya que, según él, esa enfermedad se manifestó hace 5 o 6 años. d) Afirma que a la fecha de la suscripción del contrato de medicina prepagada no conocía que padeciera enfermedad o afección alguna.

II. CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. Competencia

Esta Sala de la Corte Constitucional es competente para conocer de la revisión de la referencia, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 inciso 2º y 241 numeral 9º de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33, 34, 35 y 36 del Decreto 2591 de 1991. Además, se procede a la revisión en virtud de la selección practicada por la Sala correspondiente y del reparto verificado en la forma establecida por el reglamento de la

Corporación.

1. Consideraciones Generales

2.1. Naturaleza del Servicio de Medicina Prepagada

De forma complementaria y alternativa al sistema de seguridad social en salud, se encuentra el servicio de Medicina Prepagada, definido como “el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas (...), para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordada” (D.R. 1486 de 1994, art. 1). Cabe agregar que este sistema -el de medicina prepagada- fue instituido mediante la expedición de la Ley 10 de 1990, que reorganizó el Sistema Nacional de Salud, dentro de un esquema de contratación particular y voluntaria, bajo la intervención del Estado¹.

Esta Corporación, al referirse a la naturaleza del servicio, ha dicho que “en principio estamos en presencia de una actividad económica [la de medicina prepagada], pues unas empresas e instituciones prestan unos determinados servicios, en general con el fin de obtener unas utilidades”². No obstante su carácter empresarial, esta actividad no es de cualquier tipo pues por medio de ella algunas entidades prestan servicios de salud a los usuarios que contraten con ellas. Ahora bien, vale la pena recordar que ante todo la prestación de la salud es un servicio público, cuya organización, dirección, control y vigilancia corresponde expresamente al Estado (CP arts 49 y 365), quien tiene la responsabilidad de garantizar una prestación eficiente del mismo (CP art. 365) a fin de que todas las personas puedan acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (CP art. 49). Además, las actividades realizadas en el desarrollo del objeto empresarial implican el ejercicio de la medicina, que es una profesión que contiene riesgos sociales que justifican la inspección y vigilancia estatal.

Por último, a juicio de esta Corporación “este tipo de prestación del servicio de salud es específico debido a la modalidad del prepago, pues ella implica mayores riesgos para los usuarios del sistema. Así, cuando un cliente cancela un servicio ya prestado, su necesidad de

atención de salud ha sido satisfecha. En cambio, en la medicina prepagada existe siempre el riesgo de que la persona abone la tarifa pero no pueda acceder al servicio de salud al cual tiene derecho según el contrato, pues si la entidad entra en crisis por no haber efectuado manejos financieros adecuados el cliente queda desprotegido. Por ello -como bien lo destaca el ciudadano interviniente- estas entidades manejan importantes recursos de las personas contratantes, interesadas en asegurar hacia el futuro, los potenciales riesgos de salud, lo cual justifica una más fuerte intervención del Estado, pues se trata de garantizar que las entidades que manejan estos recursos, como depositarias de la confianza pública, cuenten con una adecuada organización y funcionamiento. 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, y que por ende maneja recursos captados del público, por lo cual, conforme al artículo 335 de la Constitución, se trata de una actividad de interés público en el cual el control estatal es más intenso”³.

En suma, puede decirse que la naturaleza del servicio de medicina prepagada está determinada por dos supuestos fundamentales: 1.) El ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada dentro del marco constitucional y legal; y 2.) La prestación de un servicio público⁴, como es el de salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, a través de la Superintendencia Nacional de Salud (C.P., arts. 49, 150-21, 333 y 334)⁵.

2.2. La ejecución y cumplimiento del contrato de medicina prepagada regido por el principio de la buena fe.

En la sentencia de unificación de jurisprudencia SU-039 de 1998, con ponencia del Magistrado Dr. Hernando Herrera Vergara, la Sala Plena de esta Corporación estableció que el contrato de medicina prepagada debe regirse por el principio de la buena fe, tanto en su etapa precontractual, como en su ejecución y en su cumplimiento. En dicho fallo la Corte señaló lo siguiente:

“El contrato de servicios que suscribe una entidad de medicina prepagada y una persona interesada en obtener beneficio directo o el de terceros, o de ambos, con destino a fijar los derechos y las obligaciones que se derivarán de la gestión de ese servicio, puede

comprender el servicio relacionado con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica, hospitalización, urgencias, cirugía, exámenes diagnósticos y odontología. (D. 1570/93, arts. 1o., num.6o, y 6, nums. 1o. y 2o.).

La sujeción a los límites instaurados por la intervención estatal para el desarrollo de esa actividad, determina que el contenido de dichos contratos deba ser aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud, al igual que los planes de salud que con ellos se ofrezcan (D.1750/93, art. 15, num. 1o.-4o.). Así pues, los acuerdos sobre las prestaciones y obligaciones contraídas por cada parte, tienen que gozar de claridad en sus términos, según el régimen contractual que trae el Decreto 1750 de 1.993 -en concordancia con las modificaciones introducidas por el Decreto 1486 de 1.994, arts. 7 y 8- y las demás disposiciones legales que los regulen, so pena de presentar una ineficacia en la estipulación respectiva, derivándose como consecuencia esencial su obligatorio cumplimiento, en el entendido de que constituyen una “ley para las partes”.

Comoquiera que la celebración de un contrato de esa clase se desarrolla dentro del campo de los negocios jurídicos en la forma de un acuerdo de voluntades para producir efectos jurídicos, lo que supone un desarrollo bajo la vigencia de los principios generales que los informan, como ocurre con el principio de la buena fe que no sólo nutre estos actos sino el ordenamiento jurídico en general y el cual obtiene reconocimiento expreso constitucional en el artículo 83 de la Carta Política de 1991, como rector de las actuaciones entre los particulares, significa que, desde su inicio y especialmente durante su ejecución, al incorporarse el valor ético de la confianza mutua⁶ en los contratos de medicina prepagada, se exige un comportamiento de las partes que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de las prestaciones acordadas. (subraya de la Sala)

(...)

De otro lado, el contrato de servicios de medicina prepagada reúne las características de ser bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge al mundo jurídico como un contrato de adhesión, según el cual las partes contratantes se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son

discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de las partes en los términos aprobados por el organismo de intervención estatal y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adhesión o su rechazo absoluto. Como lo ha señalado la doctrina, en los contratos de adhesión una de las partes impone “la ley del contrato”⁷ a la otra.

De manera que, son pocos los asuntos que quedan sometidos a la discusión totalmente libre de las partes, los cuales, en lo posible, no pueden exceder el marco delimitado por el ordenamiento jurídico en rigor, pero que requieren al igual que las situaciones no expresamente pactadas en estos contratos, aún cuando derivadas de la ejecución de los mismos, que la actuación de una y otra parte se adelante mediante una actitud de confianza y credulidad en el estricto cumplimiento de lo negociado y en la realización de las prestaciones en la forma esperada, según el objeto contratado, lo que en consecuencia demanda de una máxima expresión del principio de la buena fe para la interpretación del vínculo contractual y de los anexos que lo conforman integralmente, especialmente por ese carácter de adhesión que, como ya se dijo, se le reconoce a esta clase de contratación”⁸.

2.3. La relación entre la compañía de medicina prepagada y los usuarios

En un gran número de fallos proferidos por esta Corporación, en relación con materias de análisis similares a la que es objeto de revisión, se ha señalado que las empresas prestatarias de servicios médicos complementarios, llamados Medicina Prepagada o P.A.S. (Plan Adicional de Salud), deben -al momento de realizar la afiliación de un particular al servicio ofrecido- señalar de manera taxativa, expresa y particular las exclusiones médicas respecto a las cuales no se dará cubrimiento médico alguno. Sobre el particular, la Corte ha afirmando que:

“Los contratos de medicina prepagada 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.

Mientras el obligado en virtud del contrato pague oportunamente sus cuotas a la entidad, tiene pleno derecho a exigir de ella que responda por la totalidad de los servicios de salud ofrecidos.

Desde luego, el cumplimiento de tales compromisos va, en esta materia, mucho más allá del simple y literal ajuste a las cláusulas contractuales, ya que está de por medio la salud y muchas veces la vida de los usuarios.

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. (subraya de 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. (subraya de la Sala)

Por supuesto, en razón de la seguridad jurídica, las partes contratantes 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. (subraya de la Sala)

Así las cosas, 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. (subraya de la Sala)

Para llegar a esa definición, bien puede la compañía practicar los exámenes correspondientes, antes de la suscripción del convenio, los cuales, si no son aceptados por la persona que aspira a tomar el servicio, pueden ser objetados por ella, lo cual dará lugar - obviamente- a que se practiquen de nuevo por científicos diferentes, escogidos de común acuerdo, para que verifiquen, confirmen, aclaren o modifiquen el dictamen inicial. (subraya de la sala)

Sobre esas bases, determinada con claridad la situación de salud vigente a la fecha del contrato en lo que respecta a cada uno de los beneficiarios, se deben consignar de manera expresa y taxativa las preexistencias, de modo que las enfermedades y afecciones no comprendidas en dicha enunciación deben ser asumidas por la entidad de medicina prepagada con cargo al correspondiente acuerdo contractual. (subraya de la sala)

A juicio de la Corte, la compañía desconoce el principio de la buena fe que debe presidir las relaciones contractuales, y pone en peligro la salud y la vida de los usuarios cuando se niega a autorizar -a su cargo- la prestación de servicios, la práctica de operaciones y la ejecución de tratamientos y terapias referentes a enfermedades no incluidas en la enunciación de la referencia -que, se repite, es taxativa-, pues ella se entiende comprendida como parte integral e inescindible de la relación jurídica establecida entre las partes.(subraya de la sala)

Es evidente que lo expuesto elimina toda posibilidad de que, ya en el curso del contrato, la compañía modifique, en contra del usuario, las reglas de juego pactadas y pretenda, con base en dictámenes médicos posteriores, emanados de profesionales a su servicio, deducir unilateralmente que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración y que, por tanto, pese a no haber sido enunciada como preexistencia, está excluida.(subraya de la Sala)

Tal comportamiento resulta altamente lesivo del principio de la buena fe, inherente a todo servicio público (artículo 83 C.P.), y se constituye en peligroso instrumento contra los derechos fundamentales de las personas, quienes, en las circunstancias descritas -dada la unilateralidad de la decisión-, quedan totalmente a merced de la compañía con la cual ha contratado”9.

Además, la Corte ha afirmado reiterativamente que para los efectos anteriores, la empresa de medicina prepagada deberá exigirle al futuro afiliado la realización de completos y rigurosos exámenes de ingreso, que permitan establecer con exactitud las denominadas preexistencias respecto de las cuales no se dará cubrimiento médico alguno. Al respecto la sentencia T-512 del 21 de septiembre de 1998, Magistrado Ponente Vladimiro Naranjo Mesa:

“Sin lugar a dudas y no obstante que su objeto lo constituye la prestación de un servicio público, nada menos que el de salud, este tipo de relación entre dos particulares es de carácter contractual, lo cual supone que a él le son aplicables las normas pertinentes de los códigos Civil y Mercantil colombianos, especialmente aquella que obliga a las partes ligadas por el contrato, a ejecutarlo atendiendo a los postulados de la buena fe¹⁰. Luego, como en cualquier contrato legalmente celebrado, el de medicina prepagada es una ley para los contratantes que por él se obligan.

“Así, deben ellos cumplir con todo lo dispuesto en sus cláusulas y no pueden ser obligados por el otro contratante a hacer lo que en ellas no está expresamente dispuesto. Pero en cuanto se refiere a las exclusiones o no cubrimiento de las denominadas preexistencias, la regla anteriormente señalada se invierte, en vista de que, en principio, el contrato de medicina prepagada se entiende celebrado para la prestación de servicios integrales que, como el adjetivo lo indica, pretenden una cobertura total para la salud del usuario. Entonces, en relación con este tema, la jurisprudencia constitucional ha sido clara en determinar que se entienden excluidos del objeto contractual, única y exclusivamente aquellos padecimientos del usuario que previa, expresa y taxativamente se encuentren mencionados en las cláusulas de la convención o en sus anexos, cuando sean considerados por los contratantes como preexistencias.¹¹

“Las condiciones de expresión y taxatividad de aquellos padecimientos no cubiertos por el objeto contractual, suponen un impedimento para que sean pactados en forma genérica, es decir, sin atender a las condiciones particulares del usuario dispuesto a contratar con la compañía de medicina prepagada, entre otras razones porque con dicha exigencia no se le está obligando a la entidad a algo imposible, pues cuenta con el personal y los equipos necesarios para establecer con exactitud, antes de celebrar la convención, las dolencias físicas del usuario que no asumirá. Luego, estas excepciones a la cobertura deben derivarse de un examen médico previo a la celebración del contrato, el cual debe ser practicado al usuario por la compañía de medicina prepagada que, en todo caso, puede ser objetado por él con exámenes sustentados, practicados por profesionales de la medicina extraños a la compañía, en caso de duda o desacuerdo.

“De esta forma, la compañía que se dispone a prestar los servicios no puede durante la ejecución del contrato cambiar las reglas de juego inicialmente pactadas, pues ello se

traduciría en una falta grave a la ley aplicada en la respectiva convención y, sobre todo, a los postulados de la buena fe que por tal razón la vinculan. Más si se tiene en cuenta que frente a las compañías de medicina prepagada, los usuarios son débiles y están en cierto grado de indefensión, pues son ellas quienes deciden, en principio, sobre la prestación de tales servicios, tienen la facultad y el personal idóneo para definir, por ejemplo, si una enfermedad es o no congénita, o si se tenía antes de contratar o se adquirió durante la ejecución del contrato, posibilidades lejanas a los usuarios y que, por ende, explican por sí mismas la obligación de claridad, expresión y taxatividad de las exclusiones.

“En conclusión, las compañías de medicina prepagada no pueden pactar excepciones a la cobertura de los contratos de manera general, excluyendo, por ejemplo, la atención de todas las enfermedades congénitas o para todas las preexistencias y, por tanto, se impone para ellas la obligación de determinar con exactitud cuáles enfermedades congénitas y cuáles preexistencias no serán atendidas en relación con cada usuario, lo cual solamente puede hacerse, a juicio de la Sala, a partir de un riguroso examen previo a la celebración del contrato” 12.

En síntesis, el contrato de medicina prepagada se rige bajo los principios de libertad y buena fe contractual (art. 83 C.N.), en todos los estadios del proceso de contratación. Al suscribirse el contrato de afiliación al servicio se deben especificar de manera expresa, taxativa y particular las enfermedades o afecciones que, de acuerdo a la relación contractual, se van a excluir de la cobertura del seguro y de la obligación de prestación de determinados servicios, debido a que son preexistentes a la entrada en vigencia del negocio jurídico. El individuo que suscribe el contrato, cuya intención es acceder a una serie de servicios, y la entidad que ofrece el plan de medicina, que tiene un interés económico, deben actuar bajo el supuesto de una confianza mutua que permita que, desde el inicio de la relación jurídica, se establezcan las reglas que van a determinar todo el proceso de ejecución contractual. Esto permite brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de la prestaciones acordadas.

De esta forma, cada una de las partes conocerá de antemano bajo qué condiciones se prestarán los servicios. Es así como no es posible modificar unilateralmente, en el curso del contrato de medicina prepagada, los términos del mismo con base en dictámenes médicos posteriores emanados de profesionales a su servicio, con el propósito de deducir la presencia

de una preexistencia durante la ejecución del contrato¹³, en cuanto se presume la buena fe al momento de manifestar la voluntad contractual o el consentimiento de obligarse ¹⁴.

2.4 . Unificación y Reiteración de Jurisprudencia

En los términos hasta el momento expuestos, la Corte Constitucional unifica y reitera la jurisprudencia relativa a la materia examinada.

1. Análisis del caso concreto

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores y una vez evaluadas las pruebas allegadas al proceso, esta Sala analizará, en primer lugar, si la acción interpuesta resulta procedente, y en tal caso se dispondrá a hacer el estudio de fondo del asunto sub-judice.

3.1. Procedencia de la Acción de Tutela

A pesar de que la acción interpuesta se encuentra dirigida contra un particular, la empresa demandada presta un servicio público -el de salud-, por lo que la acción en referencia es procedente, como ya lo ha dicho la Corte, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991:

“Dado el objeto de las sociedades de medicina prepagada, no cabe duda de que contra ellas, aunque sean de carácter puramente privado, es posible buscar el amparo judicial en cuestión” (Cfr. Corte Constitucional. Sala Quinta de Revisión. Sentencia T-533 de 1996)

3.2. Responsabilidad de Colsánitas S.A.

En este caso, Colsánitas S.A. modificó durante la ejecución del contrato el catálogo de preexistencias, incluyendo la diabetes del peticionario, a pesar de que esta enfermedad no aparecía como tal al momento de la afiliación al servicio de medicina prepagada. En realidad, Colsánitas basó su inclusión en una historia clínica oftalmológica remitida por uno de sus médicos adscritos, en la cual se afirmaba que el peticionario padecía de diabetes e hipertensión por más de 23 años. Fundamentándose en este criterio, la accionada inicialmente se negó a asumir y autorizar los exámenes y procedimientos que solicitaba el

actor para tratar la insuficiencia renal crónica, debido a que esta enfermedad tenía como causa primaria la diabetes preexistente. Posteriormente la entidad accedió, como excepción ex gratia y por la antigüedad del usuario -más no por encontrarse cobijados por la cobertura del seguro-, a que se le practicaran los exámenes y tratamientos necesarios para tratar la enfermedad, incluyendo el protocolo de pretrasplante renal. No obstante esto, el accionante va más allá al exigir de la entidad la expedición de la autorización para que se proceda a realizar el trasplante de riñón, único medio que permite garantizar, de manera definitiva, su derecho a la vida.

Respecto a la aludida preexistencia, sin perjuicio de que la enfermedad y su antigüedad haya sido o no declarada por el demandante al oftalmólogo adscrito a Colsánitas, esta Compañía, siguiendo la jurisprudencia de la Corte antes citada, estaba en la obligación de realizar el correspondiente examen de ingreso o admisión, precisamente, con el único fin de establecer, desde el mismo momento de la afiliación, cuáles serían aquellas enfermedades y dolencias físicas que, por ser anteriores al negocio jurídico a celebrar, iban a constituir preexistencias y, por tanto, a quedar excluidas del catálogo de servicios médicos ofrecidos. En consecuencia, al no haberse practicado dicho examen y no haberse definido de manera expresa la preexistencia alegada, Colsánitas S.A. no podía, unilateralmente, proceder a modificar o alterar los términos del contrato suscrito, sustrayéndose al cumplimiento de la obligación inicialmente contraída.

Por ello, en aras de proteger los derechos a la salud, a la seguridad social y a la vida del demandante, Colsánitas S.A. deberá continuar autorizando y realizando los tratamientos médicos y procedimientos quirúrgicos que requiera el actor, lo cual no obsta para que la entidad, si así lo considera, proceda a impugnar por la vía judicial ordinaria la validez del contrato suscrito con el demandante.

En conclusión, esta Sala procederá a confirmar la sentencia proferida por el juez de instancia, en la medida que Colsánitas ha venido autorizando y prestando los servicios médicos de manera adecuada, por lo cual no se ven vulnerados los derechos fundamentales a la salud, a la seguridad social y a la vida del señor Mario González Mejía

Por último, respecto a la supuesta violación del derecho de petición por parte de Colsánitas S.A., en la medida en que no había dado respuesta a la solicitud de autorización de servicios

que le había hecho el actor, como se alega en la demanda, la Sala concluye que, como quiera que la demandada, por medio de oficio de marzo 1 de 2000, ya dio respuesta a la petición elevada, no existe vulneración actual de tal derecho.

III. DECISION

Por lo expuesto, la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE

Primero. CONFIRMAR el fallo del Juzgado 15 Penal del Circuito de Cali por las razones expuestas en la parte motiva de esta Sentencia.

Segundo. LÍBRESE por la Secretaría General de esta Corporación, la comunicación de que trata el artículo 36 del decreto 2591 de 1991.

Cópiese, notifíquese, publíquese en la Gaceta de la Corte Constitucional y cúmplase.

FABIO MORÓN DÍAZ

Presidente

ALFREDO BELTRÁN SIERRA

Magistrado

JAIRO CHARRY RIVAS

Magistrado (e)

CARLOS GAVIRIA DÍAZ

Magistrado

JOSÉ GREGORIO HERNÁNDEZ GALINDO

Magistrado

ALEJANDRO MARTÍNEZ CABALLERO

Magistrado

MARTA VICTORIA SACHICA DE MONCALEANO

Magistrada (e)

Magistrada (e)

ALVARO TAFUR GALVIS

Magistrado

IVAN H. ESCRICERIA MAYOLO

Secretario General (e)

1 Sentencia SU-039 de 1998, M.P. Dr. Hernando Herrera Vergara.

2 Sentencia C-176 de 1996, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero

3 Ibídem.

4 Ver la Sentencia C-274 de 1996, M.P. Dr. Jorge Arango Mejía.

5 Sentencia SU-039 de 1998, M.P. Dr. Hernando Herrera Vergara.

6 Ver la Sentencia T-059/97, M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero.

7 Concepto mencionado por el Tratadista chileno Arturo Alessandri Rodríguez en su obra "De los contratos", Editoriales Temis y Jurídica de Chile, pág. 40.

8 Sentencia SU-039 de 1998, M.P. Dr. Hernando Herrera Vergara

9 Sentencia T-533 de 1996, M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo, reiterado por Sentencia SU-039 de 1998, M.P. Dr. Hernando Herrera Vergara

10 Código Civil, artículo 1602.

11 Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T-533 de 1996, M.P. José Gregorio Hernández Galindo, reiterada en las Sentencias SU 039 de 1998, Sala Plena, M.P. Hernando Herrera Vergara, T-104 y T-105 del mismo año, Sala Séptima de Revisión, M.P. Alejandro Martínez Caballero, entre otras.

12 Corte Constitucional, Sala Octava de Revisión, sentencia T-290 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz.

13 Ver al respecto: Sentencia SU-039 de 1998, M.P. Dr. Hernando Herrera Vergara

14 Ospina Fernández, Guillermo “Teoría General del Contrato y de los demás actos o negocios jurídicos” Temis, Bogota, 1994 pp. 331 y ss.