

Sentencia T-015/11

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Exclusiones y preexistencias

ACCION DE TUTELA PARA RESOLVER CONTROVERSIAS DERIVADAS DE LOS CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA-Procedencia excepcional

PLANES ADICIONALES DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Naturaleza

ACCION DE TUTELA CONTRA EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Orden de exclusión de preexistencia

Referencia: expediente T-2.779.558

Demandante: Henry Prado Castaño

Demandado: Colmedica Medicina Prepagada - EPS

Magistrado Ponente:

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Bogotá, D.C., diecisiete (17) de enero de dos mil once (2011)

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Gabriel Eduardo Mendoza Martelo, Jorge Iván Palacio Palacio y Nilson Elías Pinilla Pinilla, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

Dentro de la revisión del fallo de tutela proferido por el Juzgado Sexto Penal del Circuito de Bogotá, el veinticuatro (24) de junio de 2010, al decidir la acción constitucional de tutela promovida por el señor Henry Prado Castaño contra Colmedica Medicina Prepagada.

El presente expediente fue escogido para revisión por medio de auto del siete (7) de septiembre de 2010, proferido por la Sala de Selección número Nueve (9) y repartido a la Sala Cuarta de Revisión.

## I. ANTECEDENTES

### 1. La solicitud

El demandante, Henry Prado Castaño, impetró acción de tutela contra Colmedica Medicina Prepagada para que le fueran protegidos sus derechos fundamentales a la salud y a la vida, los cuales considera vulnerados por la mencionada entidad, al no incluir al momento de celebrar el contrato de medicina prepagada, una preexistencia que posteriormente es incorporada y que le impide continuar con ciertos servicios de salud que requiere debido a las diversas enfermedades que padece.

### 2. Reseña Fáctica

2.1. Desde hace aproximadamente 8 años el actor suscribió un contrato con Colmedica Medicina Prepagada para la prestación de los servicios de salud integral, el cual, se encuentra vigente.

2.2. Desde la suscripción del contrato, Colmedica Medicina Prepagada le venía brindado todos los servicios que éste había requerido, sin objeción alguna.

2.3. El día 14 de marzo de 2010, el actor, recibió una carta por parte de Colmedica Medicina Prepagada en la que le informa que “a través del examen de la historia clínica (...) se pudo establecer que la patología HIPERTENSIÓN ARTERIAL que usted padece es preexistente a la vigencia del contrato de medicina prepagada (...) situación que se desprende del registro que en el sentido indicado se consagró el día 21 de septiembre de 1999 durante la atención médica prestada por la fundación Abood Shaio, así:

‘Antecedentes patológicos: HTA hace 2 años...’

Ahora bien, es pertinente señalar que este diagnóstico ha sido objeto de cobertura a través del servicio de hospitalización prestado por Colmedica Medicina Prepagada en varias oportunidades, situación que fue producto de un error interno, lo cual, no modifica el concepto de preexistencia en este caso por lo que se toma la determinación de:

## ACTIVAR

\* I10X HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

2.4. Frente a dicha determinación, el actor presentó un escrito en el cual le manifestó a la entidad accionada que de ningún modo aceptaba la inclusión de la preexistencia mencionada dentro del contrato.

2.5. Mediante escrito del 31 de marzo de 2010, Colmedica Medicina Prepagada dio respuesta al actor, en el cual le manifestó que “es preciso recordar que el contrato de gestión para la prestación de servicios de medicina prepagada en el cual usted figura en calidad de contratante con un inicio de vigencia de 1 de julio de 2003, está regido por un clausulado el cual al iniciarse la relación contractual se puso en su conocimiento, siendo este aceptado, por lo tanto dicho documento constituye un acuerdo de voluntades, el cual es ley para las partes.

(...) Dicho contrato cuenta con EXCLUSIONES DE SERVICIOS las cuales obran de manera clara y precisa en la cláusula Octava del texto contractual.

(...) Ahora bien, en torno a la preexistencia de hipertensión arterial informada por nuestra compañía en días pasados, es necesario aclarar que la misma se establece con base en los registros efectuados en la historia clínica de la atención suministrada a usted en la Clínica Shaio el 21 de septiembre de 1999, es decir fecha anterior a su vinculación al contrato de gestión para la prestación de servicios de medicina prepagada No. 29014443.

(...) Nótese sin embargo que pese a que la citada historia clínica es anterior a la fecha de ingreso al contrato de medicina prepagada, en la declaración de estado de salud diligenciada en su momento, (...) usted responde negativamente a las siguientes preguntas:

‘4. DIGA SI ALGUNO DE LOS USUARIOS SUFRE O HA SUFRIDO DE CONVULSIONES, HIPERTENSIÓN, RETARDO MENTAL (...)’.

(...) Por último, si bien la cláusula duodécima del texto contractual establece que la práctica del examen de ingreso es facultativa de la compañía, esto no obsta para que el usuario en su

declaración manifieste todas aquellas circunstancias de tipo médico y aclaraciones o ampliaciones de información que en el respectivo formato de declaración de estado de salud le sean solicitadas.

En este orden de ideas, teniendo en cuenta que el contrato aludido es un acuerdo de voluntades entre las partes y que previamente existe un clausulado que fue aceptado por el contratante y que existen claros antecedentes de que la preexistencia informada tiene una evolución anterior a su vigencia en el contrato de gestión para la prestación de servicios Zafiro Guía Premium, comedidamente le manifestamos que es nuestro deber reiterar la información suministrada mediante comunicación de fecha 10 de marzo remitida por el área de medicina Administrada de COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA”.

2.6. En razón a lo anterior, el actor interpuso acción de tutela contra Colmedica Medicina Prepagada, por considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la vida y a la salud al adicionarle al contrato de gestión de servicios de salud, ocho años después de suscrito, una preexistencia no establecida y que, a lo largo de la vigencia del contrato, ha sido tratada sin ninguna clase de inconveniente.

### 3. Pretensiones

El actor solicita se tutelen sus derechos fundamentales a la vida y a la salud y, en consecuencia, le sea ordenado a Colmedica Medicina Prepagada no incluir preexistencias que no estaban pactadas al inicio de la suscripción del contrato. Así mismo, requiere que le sean suministrados de manera permanente todos los servicios de salud, sin restricción alguna y sin aducir ningún tipo de exclusión o preexistencia, tal como venía ocurriendo.

Adicionalmente, pide que le sea ordenado a Colmedica Medicina Prepagada, seguir con los tratamientos, con los controles y con la asistencia que sea necesaria para su patología relativa a la hipertensión arterial y todas las otras que se generen a causa de ésta, sin oponerse a ello.

### 4. Pruebas

En el expediente obran las siguientes pruebas:

- \* Copia de la cédula de ciudadanía del señor Henry Prado Castaño (Folio 20).
- \* Copia de la carta enviada por Colmedica Medicina Prepagada al señor Henry Prado en donde le informa sobre la inclusión de la preexistencia en el contrato (folios 21 a 22).
- \* Copia de la carta enviada por el señor Henry Prado Castaño a Colmedica Medicina Prepagada en la que informa que no está de acuerdo con la inclusión de la preexistencia en el contrato (Folios 23 a 25).
- \* Copia de la respuesta enviada por Colmedica Medicina Prepagada al señor Henry Prado Castaño (folios 26 a 29).
- \* Copia de la certificación expedida por Colmedica Medicina Prepagada en la cual consta que el señor Henry Prado Castaño se encuentra vinculado a dicha entidad mediante contrato No. 29019912 desde el 1 de julio de 2003 (Folios 31 a 32).
- \* Copia de una prescripción médica diligenciada el 13 de abril de 2010 en la cual el médico tratante señala que el paciente presenta hipertensión arterial de difícil control por lo que requiere control permanente (Folios 33 a 34).
- \* Copia de las sentencias proferidas por la Corte Constitucional y la Corte Suprema de Justicia sobre la naturaleza del contrato de medicina prepagada y la imposibilidad de incluir preexistencias con posterioridad a la suscripción del acuerdo (Folios 35 a 165).
- \* Copia de la certificación expedida por Colmedica en donde consta la antigüedad y las semanas cotizadas por el señor Henry Prado Castaño (Folio 166).
- \* Copia de la historia clínica del señor Henry Prado Castaño expedida por la Fundación Abood Shaio de fecha 6 de septiembre de 2006 (Folios 167 a 174).
- \* Copia del resumen médico de egreso del paciente Henry Prado Castaño elaborado por la Fundación Cardio-Infantil el 2 de octubre de 2006 (Folios 175 a 176).
- \* Copia de la historia clínica del señor Henry Prado Castaño, emanada de la Fundación Cardio- Infantil (Folios 178 a 180).

\* Copia de la historia clínica del señor Henry Prado Castaño proveniente de la Clínica Palermo de 14 de noviembre de 2006 (Folios 180 a 188).

\* Copia de las historias clínicas del señor Henry Prado Castaño elaboradas por la Fundación Abood Shaio el 5 de abril de 2009 y el 7 de septiembre de 2009 (Folios 191 a 205).

\* Copia del certificado médico expedido el 9 de abril de 2010 según el cual Henry Prado Castaño ha sido atendido por cuadro de hipertensión arterial, sobrepeso, fibrilación auricular y dislipidemia (Folio 208).

## 5. Respuesta del ente accionado

### Colmedica Medicina Prepagada

La entidad Colmedica, Medicina Prepagada, dio respuesta a la acción de tutela de la referencia argumentando que de la relación existente con el señor Henry Prado Castaño, se deriva un contrato de gestión para la prestación de servicios de salud, vigente desde el 1 de julio de 2003. Dicho contrato tiene como objetivo garantizar los servicios médicos previamente establecidos y, la otra parte, se obliga a pagar con antelación, de manera regular, una suma de dinero acordada.

Colmedica Medicina Prepagada manifestó en este escrito que el señor Henry Prado sufría de “hipertensión arterial” al inicio de la vigencia del contrato (1º de julio de 2003), por lo cual se constituye ésta en una patología preexistente que debe ser excluida del contrato. Señaló que la información correspondiente debió darse al momento de la afiliación ya que la misma “era de conocimiento del accionante”.

Para soportar este argumento, menciona la sentencia T-636 de 2008, en la cual la Corte Constitucional indicó que también son excluibles las enfermedades preexistentes no incluidas en el contrato por circunstancias atribuibles a la mala fe del usuario.

Adicionalmente, señaló que dado que los servicios ofrecidos por esta entidad no son un

servicio público, no pueden exigirse por vía de acción de tutela, toda vez que debido a la naturaleza del contrato de prestación de servicios que los vincula, las controversias surgidas en torno a éste, deben ser dirimidas por la justicia ordinaria.

Con el escrito de contestación se aportaron como pruebas el Formulario de Diagnóstico expedido por la Fundación Clínica Shaio el 21 de septiembre de 1999, así como el Formato de Evolución Médica y el Formulario de Solicitud de Ingreso a Colmedica, Medicina Prepagada, en el cual el señor Prado declaró que no padecía de problemas de hipertensión arterial.

## II. DECISIONES JUDICIALES QUE SE REVISAN

### 1. Decisión de primera instancia

Mediante sentencia del 4 de mayo de 2010, el Juzgado Cuarenta y Uno Penal Municipal con Función de Control de Garantías de Bogotá, decidió tutelar los derechos fundamentales a la vida y a la salud del señor Henry Prado Castaño, por lo cual ordenó a Colmedica Medicina Prepagada seguir prestando de forma inmediata los servicios de salud que requiriese el actor en cuanto a su hipertensión.

Se argumenta en dicha providencia que en relación con las preexistencias, “se debe practicar al usuario un examen médico previo a la celebración del contrato, para así explicarle al tomador del mismo qué enfermedades no cubre dicho contrato”. Por tanto, afirma el juez, que “la compañía no puede, durante la ejecución del contrato, cambiar las reglas de juego inicialmente pactadas, ya que se colocaría al usuario en cierto grado de indefensión respecto de las reglas de prestación de servicios, pues no contarían con la certeza de si esa preexistencia la tenía antes o durante la ejecución del contrato (...)”.

### 2. Impugnación

Por medio de escrito presentado el 12 de mayo de 2010, Colmedica, Medicina Prepagada, impugnó el fallo de primera instancia, reiterando que el señor Prado conocía el diagnóstico de la patología antes de celebrar el contrato de medicina prepagada lo cual configura una clara preexistencia. Así se demuestra con la historia clínica de 1999 elaborada por la

Fundación Abood Shaio y allegada al expediente con el escrito de contestación de la presente acción. Por tanto, Colmedica no está obligada a prestar servicios por fuera de lo previamente pactado.

Adicionalmente, señala la entidad que no es únicamente la empresa de medicina prepagada la que tiene que observar el principio de la buena fe y, por tanto, desde el inicio de la relación contractual se exige un comportamiento de las partes que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos. De este modo, manifiesta el demandado, la seguridad jurídica no es sólo únicamente para la compañía de medicina prepagada, sino también para el usuario.

### 3. Decisión de segunda instancia

Mediante sentencia del 24 de junio de 2010, el Juzgado Sexto Penal del Circuito de Bogotá, decidió revocar el fallo proferido en primera instancia y, en consecuencia, declaró improcedente la acción de tutela instaurada por el señor Henry Prado Castaño.

El fallo de segunda instancia reiteró que la controversia gira en torno a determinar si la hipertensión arterial del señor Prado se puede considerar como una preexistencia y, por ende, debe quedar excluida de la prestación del servicio de medicina prepagada. Dado que este es un contrato de carácter privado, las partes deben atenerse a lo pactado en éste. El contrato suscrito entre las partes deja claro que se cataloga como preexistencia toda enfermedad que existiera al momento de la celebración del contrato “sin importar si ha sido declarada o no”.

Para el ad-quem, el señor Prado faltó a la buena fe al llenar de forma negativa la información sobre hipertensión arterial, pues de acuerdo a los documentos aportados por Colmedica que datan del año 1999, desde ese año, se le había diagnosticado dicha enfermedad.

De todas formas, afirma el ad-quem, el señor Prado no quedará desprotegido, pues también se encuentra afiliado al POS de la EPS Colmedica, el cual le podrá proporcionar los servicios de salud que éste requiera.

### III. FUNDAMENTOS JURIDICOS DE LA SALA

## 1. Competencia

A través de esta Sala de Revisión, la Corte Constitucional es competente para revisar las sentencias proferidas dentro del proceso de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86 y 241, numeral 9º, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

## 2. Procedibilidad de la Acción de Tutela

### 2.1. Legitimación activa

El artículo 86 de la Constitución Política establece que la acción de tutela es un mecanismo de defensa al que puede acudir cualquier persona para reclamar la protección inmediata de sus derechos fundamentales. En esta oportunidad, el señor Henry Prado Castaño actúa en defensa de sus derechos e intereses, que a su modo de ver le han sido conculcados, razón por la que se encuentra legitimado.

### 2.2. Legitimación pasiva

Colmedica, Medicina Prepaga, es una entidad de carácter privado que se ocupa de prestar el servicio público de salud, por lo tanto, de conformidad con el numeral 2 del artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, está legitimada, como parte pasiva, en el proceso de tutela bajo estudio, en vista de que se le atribuye la presunta vulneración de los derechos fundamentales que invoca el actor.

## 3. Problema Jurídico

Corresponde a la Sala Cuarta de Revisión determinar si existió, por parte de Colmedica Medicina Prepagada, la violación de los derechos fundamentales a la vida y a la salud del señor Henry Prado Castaño al haber incluido de manera unilateral una preexistencia en el contrato de prestación del servicio de salud, suscrito entre las partes, luego de haber transcurrido siete (7) años desde que éste entró en vigencia.

Antes de abordar el caso concreto, la Sala, hará un análisis jurisprudencial de (i) la procedibilidad de la acción de tutela para resolver controversias derivadas de un contrato de medicina prepagada; (ii) la naturaleza de los planes de atención adicional en salud y, por

último, (iii) la naturaleza del contrato de medicina prepagada y los alcances y límites establecidos jurisprudencialmente.

#### 4. Procedibilidad de la acción de tutela para resolver controversias derivadas de un contrato de medicina prepagada. Reiteración de jurisprudencia

La Constitución de 1991 consagró, en el artículo 86, la acción de tutela como un mecanismo creado para la salvaguarda de los derechos fundamentales de las personas que por alguna acción u omisión de una autoridad pública o de los particulares, son amenazados o, de hecho, vulnerados.

El mismo artículo de la Carta señala que la ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procederá contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación e indefensión.

En virtud de dicho mandamiento constitucional, el Decreto 2591 de 1991, por el cual se reglamenta la acción de tutela, trata, en el capítulo III, lo concerniente a la tutela contra particulares. En desarrollo de éste, el artículo 42 establece que el mecanismo de amparo procede por las acciones u omisiones de los particulares en los casos en que tenga a cargo la prestación del servicio público de educación o de salud, o ejerza la prestación de servicios públicos domiciliarios, o cuando la solicitud sea para tutelar a quien se encuentre en situación de subordinación o indefensión respecto del particular contra el cual se interpuso la acción, entre otros.

Así mismo, la tutela fue consagrada como un mecanismo de amparo subsidiario, es decir que ésta resulta improcedente cuando existan otros medios de defensa judicial, salvo que aquélla se utilice transitoriamente para evitar un perjuicio irremediable.

Referente a la procedibilidad de la acción de tutela para debatir controversias derivadas de contratos de medicina prepagada, se ha establecido por esta Corporación que teniendo en cuenta que éstos tienen como objetivo brindar al usuario un plan adicional de atención en salud, el cual, si bien hace parte del sistema integrado de seguridad en salud, es opcional y

se rige por un esquema de contratación particular, las acciones pertinentes para ventilar las discrepancias son las establecidas por las normas civiles y comerciales.

Sobre la naturaleza de los planes adicionales de atención en salud este Tribunal ha señalado que “[L]os afiliados al régimen contributivo, además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), pueden contratar Planes Adicionales de Salud (PAS)<sup>1</sup> que, según el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, son un conjunto de beneficios opcionales y voluntarios contratados de manera voluntaria, que garantizan la atención en eventos de requerirse actividades, procedimientos o intervenciones no incluidas en el POS, o condiciones diferentes o adicionales de hostelería o tecnología<sup>2</sup>, o cualquier otra característica no incluida en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos. Se trata de un servicio privado de interés público, de responsabilidad exclusiva de los particulares, financiado con recursos diferentes a los de las cotizaciones obligatorias, y que no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de vigilancia y control que le son propias.”<sup>3</sup>

En virtud de lo anterior, los contratos derivados de la prestación de estos planes adicionales de atención en salud, son de carácter privado y, por tanto, se rigen por normas de derecho privado, por lo que las controversias que se deriven de éstos deben ser dirimidas por la jurisdicción ordinaria. Sin embargo, la tutela se torna procedente en los eventos en que se encuentren comprometidos derechos fundamentales de los beneficiarios y, los medios naturales de solución, no sean eficaces para brindar una inmediata protección.

En relación con lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha reiterado, que el juez constitucional está en la posibilidad de conocer de manera excepcional, las controversias generadas en torno al clausulado de los contratos celebrados con las entidades de medicina prepagada y los beneficiarios, por cuanto “(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 ‘hasta el punto que, en la práctica, son ellas las que deciden de manera concreta si cubren o no el respectivo gasto en cada momento de la ejecución del contrato’<sup>4</sup> y, adicionalmente, tratándose de planes de medicina prepagada e

incluso de pólizas de salud, los contratos son considerados de adhesión, lo que significa que las cláusulas son redactadas por las empresas y poco son discutidas con el usuario-contratante, situación que lo convierte en la parte débil de la relación negocial; 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, máxime cuando se acredita la existencia de un perjuicio irremediable, ya que la decisión resultaría tardía frente a la impostergable prestación del servicio de salud.”<sup>5</sup>

En conclusión, por regla general la acción de tutela es improcedente para resolver las controversias que se deriven de los contratos celebrados con entidades que tienen como fin proporcionar al usuario planes adicionales de atención en salud, teniendo en cuenta su naturaleza privada, la cual debe ser regida por normas del derecho civil y comercial. Sin embargo, excepcionalmente y bajo la consideración, que así estos contratos sean de naturaleza privada, tienen como objeto la prestación del servicio público de salud y, por tanto, se encuentra involucrada la efectividad de derechos fundamentales, la tutela es procedente.

## 5. Naturaleza de los Planes Adicionales de Atención en Salud

Tal como lo prescribe el artículo 365 de la Carta Fundamental, los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y, por tanto, es su deber asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio Nacional, ya sea directa o indirectamente por comunidades organizadas o por particulares. Sin embargo, en caso de delegar su prestación, el Estado mantendrá la regulación, control y vigilancia de dichos servicios.

El artículo 49 de la Constitución Política de 1991 consagra a la salud como un servicio público, el cual está a cargo el Estado y, a su vez, debe ser garantizado a todas las personas. En virtud de ello el Estado está en la obligación de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud.

Atendiendo a lo anterior, el legislador profirió la Ley 100 de 1993, la cual creó el sistema de

seguridad social integral, cuyo fin es garantizar a los individuos y a sus familias un nivel y calidad de vida digno. Esta ley dispone que el sistema de seguridad social integral está conformado por (i) el sistema general de pensiones, (ii) el sistema de seguridad social en salud, (iii) el sistema general de riesgos profesionales y (iv) el de servicios sociales complementarios.

En cuanto al sistema de seguridad social en salud, dicha ley establece los objetivos para regular este servicio público y crea condiciones para que toda la población tenga acceso a esta prestación bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.<sup>6</sup>

En cuanto al régimen contributivo, este es concebido como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.<sup>7</sup> Los afiliados a este régimen son aquellos que se encuentran vinculados a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

Los afiliados a este régimen son beneficiarios de los servicios incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud, (POS). Sin embargo, el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud, contempla que los afiliados al régimen contributivo pueden ser beneficiarios, a su vez, de los Planes Adicionales de Atención en Salud (PAS). Estos planes se han definido como los conjuntos de beneficios opcionales y voluntarios, financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. Pero, es considerado como un servicio privado de interés público, cuya prestación no le corresponde al Estado, sino que el acceso al mismo será de responsabilidad exclusiva del particular.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes planes adicionales de atención en salud<sup>8</sup>:

\* Planes de atención complementaria en salud.

\* Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

\* Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

Como se mencionó anteriormente, los planes de medicina prepagada son una clase de planes adicionales de atención en salud, los cuales, han sido definidos por el Decreto 1570 de 1993 modificado por el Decreto 1486 de 1994, como “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.”

En síntesis, los planes de medicina prepagada hacen parte del sistema de seguridad social en salud, los cuales tienen como objetivo fundamental suministrar al usuario, que tiene la capacidad económica para acceder voluntariamente, una prestación en salud más benéfica, pues tienen una mayor cobertura y/o calidad, frente al plan obligatorio de salud suministrado por la EPS. Estos contratos se dan dentro de un esquema de contratación particular y su financiación se realiza con recursos distintos de las cotizaciones obligatorias de la seguridad social.

A pesar de que estos contratos se realizan en una esfera meramente privada y sobre ellos priman los principios de libertad de empresa e iniciativa privada, éstos no escapan al control y vigilancia del Estado. Al respecto esta Corporación ha señalado que al tratarse “de una actividad que involucra la intervención del Estado en la economía, la inspección y vigilancia de una profesión que, como la medicina, es de riesgo social; la regulación, control y vigilancia del servicio de salud y al sometimiento a la especial intervención del gobierno por tratarse de una actividad que involucra el manejo de recursos captados del público<sup>9</sup>. En efecto, la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, que 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<sup>10</sup>.”<sup>11</sup>

6. Naturaleza del contrato de medicina prepagada y reglas jurisprudenciales relacionadas con su alcance y con sus límites. Reiteración de jurisprudencia

El contrato suscrito entre un particular y una entidad de medicina prepagada, es un acuerdo de adhesión, es decir, 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 adherencia o su rechazo absoluto. Además estos contratos están caracterizados por ser bilaterales, onerosos, aleatorios, principales, consensuales y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil. <sup>12</sup>

Con respecto a los contratos de medicina prepagada, esta Corporación ha señalado que “las relaciones jurídicas que se generan entre 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, se rigen por el derecho privado y por los principios generales del derecho aplicables a la celebración y ejecución de tales contratos, especialmente, los principios de autonomía de la voluntad y de buena fe, dado que su fundamento es la libre voluntad en la contratación. En la celebración, interpretación y ejecución de los contratos de medicina prepagada, entonces, son exigibles todas y cada una de las disposiciones civiles y mercantiles pertinentes, así como los principios que rigen la teoría general del negocio jurídico. Estos acuerdos, en consecuencia, se gobiernan por normas civiles y comerciales y se desarrollan bajo el presupuesto del ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada<sup>13</sup>. La Corte Constitucional a ese respecto ha precisado, que las actividades que adelantan las empresas de medicina prepagada se fundamentan en dos supuestos:

‘1) el ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada dentro de un marco de libertad de acción limitada, únicamente, por el bien común, el ambiente y el patrimonio cultural de la nación, sin condicionamientos para su realización en materia de expedición de permisos previos o requisitos no autorizados legalmente 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.<sup>14</sup>”<sup>15</sup>

Lo anterior, porque no se puede perder de vista que la finalidad de este tipo de contratos, es la prestación de los servicios de salud y, por tanto, involucra estrechamente la eficacia de derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la dignidad humana y, por supuesto, a la salud.

Al respecto ha señalado esta Corporación que “el ejercicio de la autonomía de la voluntad para contratar por parte de las empresas de medicina prepagada, si bien es una característica propia de tales negocios jurídicos, debe producir efectos compatibles con la preservación del contenido esencial del derecho a la salud y los derechos constitucionales”<sup>17</sup>.

Teniendo en cuenta que los contratos suscritos entre las entidades de medicina prepagada y los usuarios son contratos de adhesión, la Corte ha señalado, que existe una parte fuerte y una parte débil en torno a este tipo de contratos, pues las empresas de medicina prepagada tienen el manejo de todos los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales de los usuarios. Por el contrario, los usuarios, dadas las circunstancias de urgencia en las que en general formulan sus demandas de servicio, conforman la parte débil de este tipo de acuerdos.<sup>18</sup> En razón de lo anterior, la Corte se ha pronunciado sobre los alcances y los límites de este tipo de convenios, a continuación se mencionaran algunos.

Los contratos de medicina prepagada “se desarrollan 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 mutua<sup>19</sup> 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.”<sup>20</sup>

En efecto, los contratos celebrados entre una entidad de la medicina prepagada y los

usuarios, deben estar regidos por el principio de buena fe, más aún, tratándose de contratos de adhesión en los que una de las partes no tiene la posibilidad de entrar a discutir el clausulado de éste, que viene preestablecido por la otra parte del convenio, por ello se exige, de la parte dominante del acuerdo, una mayor exigencia de este principio.

En desarrollo del principio constitucional de la buena fe, rector de este tipo de contratos, se ha establecido por la ley que “para efectos de tomar un PAS<sup>21</sup> la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes.”<sup>22</sup>

Al respecto esta Corporación ha señalado que “previo a la celebración del contrato de medicina prepagada, la empresa debe exigirle al futuro afiliado la realización de completos y rigurosos exámenes de ingreso, que permitan establecer con exactitud las denominadas preexistencias<sup>23</sup> y exclusiones<sup>24</sup> respecto de las cuales no se dará cubrimiento médico alguno.”

En virtud de la autonomía privada, las entidades de medicina prepagada pueden excluir del contrato ciertas enfermedades y patologías que el usuario padezca al momento de la suscripción del acuerdo. Sin embargo, estas excepciones a la cobertura deben derivarse del examen médico previo a su celebración. En consecuencia, todas las enfermedades que no se hayan diagnosticado en ese preciso momento no pueden ser excluidas del contrato durante su vigencia y, por tanto, las entidades de medicina prepagada están en la obligación de cubrirlas. <sup>25</sup>

El examen médico de ingreso tiene como fin, en primer lugar, detectar los padecimientos de salud que constituyan preexistencias, en segundo término, determinar su exclusión expresa de la cobertura del contrato, y finalmente, permitir que el usuario decida si bajo estas condiciones -es decir, la exclusión de las preexistencias del contrato- persiste su intención de celebrar el convenio<sup>26</sup>.

Entonces, para que una entidad de medicina prepagada pueda excusarse de prestar sus

servicios a ciertas enfermedades de los usuarios; (i) éstas deben estar especificadas de manera expresa, taxativa y particular, en el contrato e incluidas al momento de su suscripción, y (ii) determinadas por el examen médico de ingreso que dicha entidad está en la obligación de realizar.

Al respecto esta Corporación ha señalado que para garantizar la exclusión de ciertas preexistencias del contrato “se necesita de exámenes lo suficientemente rigurosos como para establecer con exactitud las preexistencias respecto de las cuales no se dará cubrimiento médico alguno. A partir de todo esto, 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.”<sup>27</sup>

Así mismo, este alto Tribunal ha mencionado que “la carga de identificar qué enfermedades son congénitas o preexistentes, es de las empresas de medicina prepagada y no del usuario, quien es quien menos conoce del asunto y que por eso, contrata los servicios de medicina prepagada<sup>28</sup>. Las exclusiones en los contratos de medicina prepagada, en consecuencia, dado que son excepciones al acceso a derechos, deben ser interpretadas restrictivamente y atendiendo al principio de buena fe<sup>29</sup> contractual.”<sup>30</sup>

En observancia de la buena fe y la confianza mutua que se genera de la suscripción de este tipo de contratos, las empresas de medicina prepagada no pueden modificar de manera unilateral los términos iniciales del contrato y suspender repentinamente los tratamientos que se han venido prestando como consecuencia de una determinada enfermedad o de las que se deriven de ésta, por haber encontrado una preexistencia que por su propia negligencia, al no haber realizado el examen médico de ingreso, no llegó a determinar y, por tanto, quedó excluida del contrato.

Esta Corporación se ha referido en múltiple jurisprudencia a la importancia de la continuidad del tratamiento. Al respecto ha señalado que existen “dos criterios sobre los cuales descansa el derecho a la continuidad en la prestación de los tratamientos médicos en curso, a saber: (i)

la necesidad del paciente de recibir tales servicios<sup>31</sup>, y (ii) los principios de la buena fe y la confianza legítima<sup>32</sup>. Igualmente, en sentencia T-765 de 2008, señaló que en desarrollo de esos criterios, existen ciertos supuestos básicos bajo los cuales no es admisible constitucionalmente que una entidad que presta servicios de salud se abstenga de suministrarlos de manera continua, permanente y oportuna. Ellos son: “(i) que los servicios médicos hayan sido ordenados por el médico tratante adscrito a la entidad en cuestión; (ii) que exista un tratamiento médico en curso, es decir, iniciado con anterioridad a la suspensión del servicio; y (iii) que el mismo médico tratante haya indicado la necesidad de continuar con la prestación de la atención médica requerida por el paciente<sup>33</sup>” (Negritillas fuera del texto).

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. Es por ello, que como se indicó, las preexistencias médicas alegadas por la empresa, que no han sido expresa y específicamente excluidas del contrato de medicina prepagada, no constituyen una razón válida a la luz de la Constitución y la Ley para negar la prestación de los servicios de salud requeridos, o la continuidad en los tratamientos médicos en curso.

De modo pues que, las empresas de medicina prepagada se encuentran obligadas a garantizar a sus afiliados la culminación de los tratamientos médicos en curso y las prestaciones contraídas en el contrato, con fundamento en la autonomía y buena fe de los contratantes, por cuanto actuar en forma contraria implica un menoscabo latente al derecho constitucional a la salud del afiliado.”<sup>34</sup>

## 7. Caso Concreto.

El señor Henry Prado Castaño interpone acción de tutela al considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la vida y a la salud por parte de Colmedica Medina Prepagada al incluir de manera unilateral y arbitraria dentro del contrato una preexistencia que no se encontraba pactada al momento de la suscripción del mismo.

De los hechos narrados dentro del expediente y de la contestación de la demanda, esta Sala observa que la entidad accionada, siete (7) años después de la suscripción del contrato, introdujo dentro del acuerdo la preexistencia I10X Hipertensión arterial. A folio 21, se encuentra la carta enviada por Colmedica al usuario en donde le informa sobre la mencionada exclusión dentro del contrato y señala que la entidad tiene la facultad de realizar tal actuación con base en una historia médica que data del año de 1999 y en la que se observa que sufría desde ese entonces dicha enfermedad.

Como se señaló en el acápite cuarto de esta providencia, la tutela es improcedente, por regla general, para debatir controversias que versen sobre contratos de medicina prepagada, pues éstas le corresponden a la jurisdicción ordinaria por ser acuerdos regidos por las normas civiles y comerciales. Sin embargo, teniendo en cuenta que estos convenios celebrados entre entidades de medicina prepagada y los usuarios, tienen como objetivo prestar el servicio público de salud, se encuentran comprometidos los derechos fundamentales a la vida, a la dignidad humana y a la salud de sus beneficiarios y, por tanto, es deber salvaguardarlos mediante acción de tutela si se encuentran amenazados o vulnerados.

En el caso del señor Henry Prado Castaño, esta Sala estima procedente la acción de tutela, toda vez que se encuentran comprometidos los derechos fundamentales a la salud y a la vida, así como su dignidad humana, al verse sometido a la decisión de la entidad de incluir una preexistencia que no existía al momento de suscribirse el contrato de prestación de servicios de salud y que lo afecta gravemente, en tanto que, según las historias clínicas allegadas al expediente, ésta es una enfermedad que lo aqueja, y de la cual la entidad ha venido tratando y prestando todos los servicios, tratamientos y hospitalizaciones.

Por consiguiente, de un lado, al omitir el examen de ingreso, las entidades corren el riesgo de no identificar enfermedades y patologías de los usuarios. Del otro, se desconocería el principio de buena fe, oponerse, posteriormente, a prestar los servicios y tratamientos que se obligaron a cumplir en el momento de la suscripción del acuerdo.

En el caso del señor Prado Castaño se observa que la suscripción del contrato entre Colmedica, Medicina Prepagada y éste, tuvo lugar el 1 de julio de 2003 y, la inclusión de la preexistencia I10X Hipertensión arterial se le informó mediante comunicación de fecha 11 de marzo de 2010, es decir, la entidad tardó en hacer valer dicha exclusión siete (7) años, en los

cuales el actor fue tratado por esta patología y por otras causadas como consecuencia de la primera, pues así se evidencia de las historias clínicas generadas por diversas hospitalizaciones a las que se ha tenido que ver sometido por dicho padecimiento.

La Sala estima, que no es posible que Colmedica, Medicina Prepagada, interrumpa los servicios, tratamientos y hospitalizaciones que se le han venido prestando al actor, en las condiciones en que lo ha estado haciendo, en razón de la hipertensión arterial, pues de las pruebas allegadas al expediente se advierte que dicho tratamiento le es indispensable. Lo anterior, se desprende de lo consignado, a folio 34 del expediente, en donde el médico tratante, adscrito a la entidad, el día 13 de abril de 2010 señala que “el sr. Prado presenta HTA de difícil control; presenta además fibrilación auricular. Estas dos patologías requieren control periódico permanente”. Con base en lo anterior, se considera que la entidad demandada no puede oponerse a prestar los servicios al señor Henry Prado Castaño por el padecimiento de hipertensión arterial y por los que se deriven de este, haciendo valer su posición dominante y, por tanto, rompiendo con la confianza legítima y el principio de buena fe derivado de este tipo de contratos.

En el caso dilucidado, como ya se advirtió Colmedica Medicina Prepagada omitió realizar el examen de ingreso al actor, asumiendo el riesgo de no incluir dentro del contrato preexistencias o exclusiones, por lo que siete años después de haberlo suscrito no puede abstenerse de suministrar los servicios pactados en un principio, cuando es responsabilidad de ésta detectar dichas enfermedades en el inicio de la relación contractual, y no, en vigencia del acuerdo.

La demandada plantea que la exclusión que pretende hacer valer no causa ningún detrimento a la atención médica hospitalaria que suministra al demandante por cuanto esta la seguirá recibiendo, si es el caso, a través del POS que éste tiene contratado con aquella, planteamiento que no es de recibo pues desconoce el hecho de que el usuario de la medicina prepagada, durante siete años, ha cancelado una suma distinta de la que corresponde al plan obligatorio, precisamente en el propósito de amparar ciertas contingencias colaterales o implicativas que este no ampare generándose para el la confianza legítima de que tiene derecho a esos servicios, expectativa que quedaría burlada por una actuación unilateral de su contraparte en el contrato la cual debió actuar al menos oportunamente si quería hacer valer la exclusión materia de la controversia.

Una reclamación oportuna por parte de una empresa prestadora del servicio de salud respecto de una situación como la aquí dilucidada, podría ser aquella que se formula o plantea en un tiempo razonable luego de celebrarse el convenio sin que la enfermedad en cuestión haya sido previamente atendida, en diversas oportunidades, si se demuestra con plenitud que el usuario incurrió en un fraude que antes no pudo ser detectado debido, por ejemplo, a que el estado de salud del paciente se evaluó a partir de exámenes que éste presentó y que parecían fidedignos, practicados por médicos de otras instituciones que posteriormente resulten apócrifos o si se da el caso de aquellos usuarios a los que, por su juventud, se presumen sanos y por esa razón, en ocasiones, para atraer clientela, se les exime de exámenes previos a su vinculación si luego se descubre que padecen de evidentes enfermedades congénitas médicamente diagnosticadas. Sin descartar otras posibilidades, derivadas de las características de cada situación concreta a considerar es indiscutible que la reclamación de la EPS en estos casos debe ser oportuna para evitar que se produzca y que se consolide la presunción de una tácita aquiescencia de las partes respecto de la situación que se viene presentando lo cual, como es sabido, por efectos del principio de la confianza legítima, entre otros principios, crea derecho si se prolonga en el tiempo. En todo caso para evitar o prevenir contingencias como las comentadas es claro, como se ha venido enfatizando, que las EPS al comprometerse a suministrar servicios complementarios de salud tienen el deber de practicar aquellos exámenes que le permitan establecer con claridad, desde un principio, cuáles incluye o cuáles excluye del respectivo contrato pues ello incide, no solo en el valor de la cuota que debe pagar el usuario, convencido de que va a asegurarse de tal o cual eventualidad, sino en la definición clara y de buena fe de cuáles son las prestaciones que ambas partes adquieren.

Tampoco es intrascendente que en el caso examinado el paciente reciba la atención médica con base en el contrato por servicios complementarios o en virtud del POS pues, como es sabido, este último tiene un cubrimiento limitado, por lo tanto, lo que no se encuentre incluido en el, pero que se requiera indefectiblemente con urgencia para restablecer la salud de aquél, debe suministrarse con cargo a dineros públicos, lo que, en principio no sucedería en el actual caso, si la eventualidad prepagada que se atiende hace parte de las contraprestaciones convenidas, situación esta última que impide que el contrato en cuestión sea visto como un simple problema entre particulares sin relevancia constitucional, pues como ha quedado visto, es claro que sí la tiene.

Como la entidad demandada sustenta su decisión de hacer valer la mencionada exclusión en una circunstancia que desde ciertos criterios podría ser significativa, quiere esta Corte aclarar lo siguiente: No cabe duda de que la buena fe, es un elemento indispensable en la constitución y, en el desenvolvimiento de toda relación contractual, es predicable de ambas partes y no solo de una de ellas, independientemente que se trate de la más fuerte o de la más débil. En este caso al usuario demandante se le atribuye mala fe, que a juicio de la demandada da lugar a las consecuencias jurídicas que unilateralmente pretende hacer valer, debido a las referencias halladas en una historia clínica del accionante y en la que da cuenta de que padecía de tensión alta, y no lo manifestó o reconoció al momento de celebrar el contrato para efectos de excluir expresamente de cubrimiento tal padecimiento. Al respecto cabe señalar que no es sensato exigirle a una persona tener certeza sobre si padece o no cierta enfermedad, si tiene síntomas ligeros, graves, intermitentes, irreversibles, tratables, incurables, crónicos y demás, pues no cabe duda de que para ello se requieren conocimientos altamente especializados.

De ahí la necesidad de que para tener claridad sobre estos tópicos, y las aseguradoras puedan establecer cuáles riesgos en salud, desde un principio, están dispuestas a asumir y las tarifas que al efecto tienen a bien cobrar, es menester que estas practiquen exámenes médicos previos, para lo cual están debidamente autorizadas, los cuales serán los determinantes del rumbo a seguir. La definición de si una persona sufre o no de determinada enfermedad, así como su gravedad o grado de evolución, no puede depender simplemente de lo que esa persona pueda o no estimar cuando el punto requiere de una valoración médica especializada. Si bastara la manifestación del usuario sobre estos asuntos tan complejos no se hubiese previsto como indispensables los aludidos exámenes. La salud es variable e inestable por lo que los síntomas de una enfermedad y la enfermedad misma pueden paliarse o superarse y el paciente, luego de algún tratamiento, o la ingesta de algunas drogas, puede tener la convicción, así no sea cierta, de que se encuentra sano y si así lo manifiesta no necesariamente ha de presumirse que actúa de mala fe. Salvo, obviamente, que se demuestre plenamente lo contrario. Si el dicho del usuario fuera suficiente para fijar las condiciones del contrato no sería extraño que se hicieran exclusiones sobre enfermedades que éste no padece pero que erróneamente cree padecer y que reconoce pretendiendo ser honesto sin saber que actúa en contra de la realidad y en desmedro de su derecho a la salud. Todo lo anterior pone de manifiesto la necesidad de que se practiquen los aludidos exámenes a efectos de determinar cuáles enfermedades van a ser

o no objeto de cubrimiento, a riesgo de que se entiendan incluidas todas las que en principio han sido acordadas.

De acuerdo con lo expuesto, esta Sala, procederá a ordenar a Colmedica Medicina Prepagada la exclusión de la preexistencia I10X Hipertensión arterial, del contrato suscrito con el actor y que fue incluida dentro del contrato de medicina prepagada, siete años después de haberlo suscrito y de haber prestado todos los servicios para el tratamiento de dicha patología. Así mismo, se ordenará a la entidad a seguir con todos los tratamientos, servicios y hospitalizaciones por el padecimiento de hipertensión arterial y las enfermedades que se puedan causar como derivación de ésta, es decir, tal como estaba pactado al inicio del contrato.

#### IV. DECISIÓN

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

#### RESUELVE

PRIMERO. REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado Sexto Penal del Circuito de Bogotá del 24 de junio de 2010, y, en su lugar, CONCEDER el amparo a los derechos fundamentales a la salud y a la vida del señor Henry Prado Castaño.

SEGUNDO. ORDENAR a Colmedica Medicina Prepagada la exclusión de la preexistencia I10X Hipertensión arterial, incluida en vigencia del contrato y, en consecuencia, seguir prestando el servicio de salud tal como se había pactado al inicio de la relación contractual, sin oponer restricción alguna, por las razones expuestas en la presente providencia.

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

GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Magistrado

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Magistrado

NILSON ELÍAS PINILLA PINILLA

Magistrado

Ausente con excusa

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

1 El artículo 169 de la Ley 100 de 1993, los estipula como Planes Voluntarios de Salud que incluyen coberturas asistenciales o económicas relacionados con los servicios de salud, contratados voluntariamente por los afiliados, quienes los financian con recursos propios diferentes a las cotizaciones obligatorias dispuestas para el régimen contributivo de salud.

2 Sentencia T-348 del 7 de abril de 2005, MP. Marco Gerardo Monroy Cabra.

3 Corte Constitucional, Sentencia T-158 del 5 de marzo de 2010, MP. Luís Ernesto Vargas Silva.

4 Corte Constitucional, Sentencia T-307 del 20 de junio de 1997, MP. José Gregorio Hernández Galindo, Sentencia T-867 del 18 de octubre de 2007, MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

5 Corte Constitucional, Sentencia T-158 del 5 de marzo de 2010, MP. Luís Ernesto Vargas Silva.

6 Corte Constitucional, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo.

7 Ley 100 de 1993, artículo 202.

8 Decreto 806 de 1998, Artículo 19.

9 Sentencia T-236 del 20 de marzo de 2003, MP. Jaime Córdoba Triviño.

10 Ibídem.

11 Corte Constitucional, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo.

12 Corte Constitucional, Sentencia SU- 039 del 19 de febrero de 1998, MP. Hernando Herrera Vergara.

13 Corte Constitucional, Sentencia T-181 del 3 de marzo de 2004, MP. Rodrigo Escobar Gil.

14 Corte Constitucional, Sentencia SU- 039 del 19 de febrero de 1998, MP. Hernando Herrera Vergara, Sentencia SU- 1554 del 21 de noviembre de 2000, MP. Cristina Pardo Schlesinger.

15 Corte Constitucional, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo.

16 Ibídem

17 Corte Constitucional, Sentencia T-724 del 8 de julio de 2005. MP. Jaime Córdoba Triviño.

18 Corte Constitucional, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo.

19 Corte Constitucional, Sentencia T-059 del 10 de febrero de 1997, MP. Alejandro Martínez Caballero.

20 Corte Constitucional, Sentencia SU-039 del 19 de febrero de 1998, MP. Hernando Herrera Vargas.

21 Plan Adicional de Salud.

23 Se entiende por preexistencia “toda enfermedad, malformación o afección que se pueda

demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas” (Decreto 1222 de 1994, Artículo 1).

24 Se entiende por exclusiones “las patologías, los procedimientos, exámenes diagnósticos específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no estén cubiertos, por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones no se consagran expresamente no podrán oponerse al usuario.”(Decreto 1222 de 1994, Artículo 2).

25 Corte Constitucional, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo.

26 Corte Constitucional, Sentencia T-065 del 2 de febrero de 2004, MP. Jaime Araujo Rentería, Sentencia T-196 del 15 de marzo del 2007, MP. Marco Gerardo Monroy Cabra, Sentencia T-1217 del 24 de noviembre de 2005, MP. Jaime Córdoba Triviño, Sentencia T-1012 del 6 de octubre de 2005, MP. Alfredo Beltrán Sierra, Sentencia T-181 del 3 de marzo de 2004, MP. Rodrigo Escobar Gil, Sentencia T-365 del 10 de mayo de 2002, MP. Jaime Córdoba Triviño, Sentencia T-1252 del 7 de septiembre de 2000, MP. Alejandro Martínez Caballero, Sentencia T-687 del 12 de junio de 2000, MP. Álvaro Tafur Galvis, Sentencia T-128 del 17 de febrero de 2000, MP. José Gregorio Hernández Galindo, Sentencia T-689 del 15 de septiembre de 1999, MP. Carlos Gaviria Díaz, Sentencia T-118 del 25 de febrero de 1999, MP. Alfredo Beltrán Sierra, Sentencia T-096 del 18 de febrero de 1999, MP. Alfredo Beltrán Sierra, Sentencia T-603 del 22 de octubre de 1998, MP. Vladimiro Naranjo Mesa, Sentencia T-512 del 21 de septiembre de 1998, MP. Vladimiro Naranjo Mesa T-290 del 4 de junio de 1998, MP. Fabio Morón Díaz, Sentencia T-216 del 29 de abril de 1997, MP. Carlos Gaviria Díaz, Sentencia T-533 del 15 de octubre de 1996, MP. José Gregorio Hernández Galindo, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo.

27 Corte Constitucional, Sentencia SU-1554 del 21 de noviembre de 2000, MP. Cristina Pardo Schlesinger.

28 Corte Constitucional, Sentencia T-603 del 22 de octubre de 1998, MP. Vladimiro Naranjo Mesa.

29 Corte Constitucional, Sentencia T- 699 del 22 de julio de 2004, MP. Rodrigo Uprimny

Yepes.

30 Corte Constitucional, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo.

31 Corte Constitucional, Sentencia T-170 del 8 de marzo de 2002, MP. Manuel José Cepeda Espinosa.

32 Corte Constitucional, Sentencia T-993 del 14 de noviembre de 2002, MP. Marco Gerardo Monroy Cabra, Sentencia T-573 del 27 de mayo de 2005, MP. Humberto Antonio Sierra Porto y Sentencia T-765 del 31 de julio de 2008, MP. Jaime arájúo Rentería.

33 Corte Constitucional, Sentencia T-567 del 29 de mayo de 2008, MP. Jaime Araújo Rentería, Sentencia T-344 del 17 de abril de 2008, MP. Jaime Araújo Rentería, Sentencia T-363 del 10 de mayo de 2007, MP. Jaime Araújo Rentería.

34 Corte Constitucional, Sentencia T-158 del 5 de marzo de 2010, MP. Luis Ernesto Vargas Silva.