

AGENCIA OFICIOSA EN TUTELA-Cónyuge en representación de esposa enferma

A juicio de la Corte, aparece acreditado por la manifestación no controvertida del accionante en el sentido de que al momento de interposición de la tutela la actora se hallaba imposibilitada para ejercer su propia defensa, por encontrarse gravemente enferma, situación que inclusive la obligó a retirarse de la empresa para la que trabajaba, razón suficiente para considerar que el accionante sí tenía la legitimación necesaria para actuar en el presente asunto.

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y PLAN ADICIONAL DE SALUD-Diferencias

La diferencia sustancial entre estas dos clases de planes estriba en que el Plan Obligatorio de Salud que es prestado en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es de carácter obligatorio y se financia con aportes y cotizaciones obrero – patronales, mientras que los Planes Adicionales de Salud no tienen el carácter de obligatorios, se financian en su totalidad con recursos distintos a las cotizaciones y, como su nombre lo indica, son de carácter adicional o accesorio al Plan Obligatorio de Salud P.O.S. por obedecer a la libre voluntad del afiliado. De esta manera es claro que quien es cotizante o beneficiario de las dos clases de planes (obligatorio y adicional) goza de la facultad de escoger la entidad encargada de prestarle los servicios de salud, pudiendo optar entre la prestación del Plan Obligatorio de Salud y el Plan Adicional de Salud contratado, de acuerdo con las coberturas y requerimientos específicos para el tratamiento de su enfermedad. El usuario es libre de escoger entre el POS o el PAS contratados, acudiendo a las empresas respectivas que prestan uno y otro plan, sin que cada una de ellas pueda escudar su responsabilidad en la otra, salvo que el procedimiento, tratamiento o medicamento requerido por el usuario se encuentre expresamente excluido de las coberturas específicas de cada uno de ellos.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Exclusiones y preexistencias

Es claro que en virtud de los principios de la buena fe y la seguridad jurídica las partes deben sujetarse estrictamente a las cláusulas que con claridad han sido estipuladas por las partes en el contrato de medicina prepagada suscrito y concretamente a las exclusiones de cobertura de algunos procedimientos que se encuentren expresamente pactadas en aquel,

por tratarse de ley para las partes. No sobra reiterar que frente al tema de las preexistencias la Corte Constitucional ha sido clara en indicar que las que no hayan sido fielmente determinadas en el contrato de medicina prepagada, a través del correspondiente examen de ingreso consagrado en el Art. 21 del Decreto 806/98, deberán ser cubiertas por la entidad de medicina prepagada.

ACCION DE TUTELA-Hecho superado por cirugía

Reiteración de Jurisprudencia

Referencia: expediente T-778143

Acción de tutela interpuesta por Jairo de Jesús Castaño en representación de Magnolia del Socorro Restrepo González contra Coomeva E.P.S. S.A. y Coomeva Medicina Prepagada S. A.

Magistrado Ponente:

Bogotá, D. C., veintiocho (28) de noviembre de dos mil tres (2003).

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados ALFREDO BELTRAN SIERRA, MANUEL JOSE CEPEDA ESPINOSA y JAIME ARAUJO RENTERIA, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

dentro del proceso de revisión del fallo proferido por el Juzgado Cuarenta Penal Municipal de Medellín, en el trámite de la acción de tutela iniciada por Jairo de Jesús Castaño como agente oficioso de su señora esposa Magnolia del Socorro Restrepo González contra Coomeva E.P.S. S.A. y Coomeva Medicina Prepagada S. A.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

El señor Jairo de Jesús Castaño, actuando como agente oficioso de su señora esposa Magnolia Restrepo González, instauró acción de tutela en contra de Coomeva E.P.S. S.A. y Coomeva

Medicina Prepagada S. A., por considerar que éstas han vulnerado sus derechos fundamentales a la salud, la seguridad social y la igualdad.

Al respecto señala que su esposa, además de ser cotizante de la E.P.S. Coomeva, cuenta con medicina prepagada de la entidad Coomeva Medicina Prepagada S. A. Manifiesta que en la actualidad tiene problemas de columna, por lo que recurrió a los servicios médicos de la institución, donde el médico tratante le ordenó la realización de una cirugía denominada “Fijación (sic) Tranpendícula (sic) más Injerto Cresta (sic) Iliaca – Disgrectomia (sic)”.

Advierte que a pesar de la gravedad de su estado de salud y de la necesidad del servicio, tanto la E.P.S. como la Prepagada Coomeva le niegan la prestación del servicio.

2. Pretensiones

El demandante solicita a la Corte que tutele los derechos fundamentales invocados, ordenando a la demandada que le realice a su esposa el procedimiento médico ordenado y se le reconozca todo el tratamiento médico integral que requiera a consecuencia de su enfermedad, tales como hospitalización, cirugías, tratamientos, medicamentos, terapias, citas médicas y todo lo que de allí se derive.

3. Pruebas relevantes allegadas al expediente

* Folios 3-6, fotocopia simple de resumen de historia clínica de la señora Magnolia del Socorro Restrepo González.

* Folio 7, fotocopia simple de carné de afiliación a la E.P.S. Coomeva, de carné de afiliación a Medicina Prepagada Coomeva y de la cédula de ciudadanía.

* Folios 8-11, fotocopias simples de órdenes de servicio respecto de la señora Magnolia del Socorro Restrepo González para el procedimiento “Fijación transpendicular + injerto cresta ilíaca Disgrectomía”.

* Folio 12, fotocopia simple de Informe de Procedimiento Tratamiento médico y/o quirúrgico.

* Folio 15, declaración del señor Jairo de Jesús Castaño Giraldo ante el juez de conocimiento, en la que manifiesta su inconformidad porque Coomeva Medicina Prepagada no quiere realizar la cirugía que ordenó su médico tratante el 12 de junio de 2003, siendo que cuando se afilió hace 17 años se le dijo que cubrirían el 70% de todos los gastos por médicos, cirugías y hospitalización. Afirma igualmente que su esposa figura como cotizante porque ella trabajaba en Galaxia Seguridad, empresa de la cual se tuvo que retirar el 13 de junio de 2003 año por estar enferma. Por otro lado informa que la cirugía puede costar aproximadamente 10 millones de pesos y teniendo en cuenta que sus ingresos son apenas de 800.000 pesos mensuales con los cuales debe cubrir las necesidades de medicina prepagada, alimentación, servicios y demás gastos, le es imposible cubrir lo requerido por su esposa. Agregó que los derechos que considera vulnerados por Coomeva Medicina Prepagada son la salud, seguridad social, igualdad y vida digna. Por último, señaló que, según el médico tratante, de no realizarse la cirugía, podría perder la columna y quedar inválida.

* Folios 17-18, fotocopia simple de Certificado de Existencia y Representación Legal de Coomeva E.P.S. S.A.

* Folios 29-38, fotocopia de contrato de prestación de servicios de Medicina Prepagada con Coomeva.

* Folio 39, Cuadro Copagos del Servicio Programa Tradicional, Clásico y Plata año 2003

4. Contestación de las entidades demandadas

Por una parte, la apoderada de Coomeva E.P.S. S.A., indicó al despacho de conocimiento mediante oficio 600-061095 de 25 de junio de 2003, que la cirugía ordenada a la usuaria (Fijación transpendicular más injerto cresta ilíaca – disquectomía) se encuentra contemplada en el Plan de Beneficios del POS.

Por tanto, señala que ignoran las razones por las que inicialmente este procedimiento fue negado. En consecuencia, solicitan al Despacho que se sirva informarlo a la usuaria para que surta los trámites respectivos y se presente en sus instalaciones con la orden respectiva, documento de identificación, carné y el oficio en el que informan lo anterior.

Así mismo indica, que “en cumplimiento de la normatividad legal vigente del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Coomeva EPS S.A., le autorizará todos aquellos servicios de salud que se desprenden de su patología siempre y cuando se encuentren incluidos dentro del Plan de Beneficios del Plan Obligatorio de Salud, y posea las semanas requeridas según el tipo de procedimientos” (folio 16).

Por otro lado, el Gerente Regional de Coomeva Medicina Prepagada S.A. mediante oficio 05-49810 de 7 de julio de 2003, manifiesta al a-quo que si bien la señora Magnolia del Socorro Restrepo González se encuentra afiliada a Salud Coomeva Medicina Prepagada en el Programa Tradicional desde el 1 de diciembre de 1986, este programa no tiene una cobertura del 100% sino que se encuentra sujeto a unos topes, brindándose la atención requerida por la señora Restrepo conforme al contrato de medicina prepagada por ella suscrito.

Observa que para la “fijación transpendicular” se requiere material de osteosíntesis que no se cubre en el contrato tradicional, pues expresa y taxativamente el contrato en su cláusula sexta (6ª) contiene la exclusión de este material. Resalta al respecto que, como cualquier contrato legalmente celebrado, el de medicina prepagada es una ley para los contratantes que por él se obligan.

Por otra parte indica que otras son las coberturas del Plan Obligatorio de Salud (POS) prestadas por las entidades promotoras de salud E.P.S., las cuales prestan una atención integral, diferente a la del programa tradicional que es “bastante limitado”. Por ello señala que siendo obligatorio para todos los usuarios de los Planes Adicionales de Salud (PAS) estar afiliados al sistema de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizante o de

beneficiario, es deber de la E.P.S. garantizar el derecho a la salud de todos sus afiliados, y si el Plan Obligatorio de Salud cubre lo requerido por la accionante, es esta entidad la obligada a asumir el costo.

En consecuencia, solicita que por haber obrado de buena fe y no haber vulnerado ningún derecho, no se obligue a Salud Coomeva Medicina Prepagada a dar coberturas extracontractuales y por tanto se declare improcedente la acción de tutela.

5. Prueba decretada por la Corte Constitucional

Mediante Auto del 27 de octubre de 2003, esta Sala de Revisión solicitó a la E.P.S. y Prepagada Coomeva, que informara si a la señora Magnolia del Socorro Restrepo González se le practicó la cirugía “Fijación transpendicular más injerto cresta ilíaca – disquectomía”, y en caso afirmativo, cuándo, dónde y quién la realizó.

Mediante oficio 05-51654 de fecha 31 de octubre de 2003, remitido a esta Corporación por el Gerente Regional de Salud Coomeva Medicina Prepagada, se informó que “a la señora Magnolia del Socorro Restrepo González se le practicó Disquectomía, fijación transpendicular con material de osteosíntesis más injerto de cresta ilíaca el día 11 de julio de la corriente anualidad. Dicha intervención fue practicada en la Clínica Medellín por el doctor José Delmiro Campuzano” (folio 64).

II. DECISION JUDICIAL OBJETO DE REVISION

La demanda correspondió al Juzgado Cuarenta Penal Municipal de Medellín, el cual por sentencia de 7 de julio de 2003 denegó el amparo solicitado, fundándose en que si bien “es un hecho cierto e incuestionable que efectivamente la señora Magnolia Restrepo González requiere actualmente del procedimiento Fijación Transpendicular más injerto cresta ilíaca – Disgrectomía (sic), prescrita por su médico tratante”, la entidad demandada en ningún momento se ha sustraído a las obligaciones contraídas en el contrato de prestación de servicios de salud prepagada, por lo que si el demandante estima que dicha entidad ha incumplido el contrato vigente, deberá demandarlo mediante un proceso ante los jueces civiles, siendo improcedente la acción de tutela para estos fines, “máxime cuando no se ha acudido a ella con miras a salvaguardar un perjuicio irremediable, puesto que tiene el carácter exclusivo de residual”.

Así mismo indicó que no se advierte la imposibilidad de la señora Restrepo González para ejercer su propio derecho, careciendo la demanda de legitimación por activa, por haber sido instaurada por el señor Castaño Giraldo, razón por la cual invita a la señora Restrepo a instaurar una nueva acción de tutela en su propio nombre, dada la capacidad procesal y física de comparecer al proceso.

1. Competencia

Esta Corte es competente para revisar el presente fallo de tutela, de conformidad con lo previsto en los artículos 86 y 241 de la Constitución Política y los artículos 33, 34 y 35 del Decreto 2591 de 1991, al igual que en cumplimiento del auto de la Sala de Selección No. 8 de esta Corporación, de 29 de agosto de 2003.

2. El problema jurídico planteado.

Le corresponde a esta Sala de Revisión determinar la responsabilidad que recae sobre las compañías de medicina prepagada en relación con los servicios de salud que deben prestar, de acuerdo con los contratos celebrados para el efecto y, específicamente, en cuanto atañe a las exclusiones consagradas expresamente en los mismos. De igual manera, deberá reiterarse la responsabilidad de las entidades promotoras de salud frente a los tratamientos y procedimientos médicos que se encuentran contemplados en el P.O.S.

3. Legitimidad para actuar. Agencia Oficiosa.

En primer término, esta Sala de Revisión ha de referirse a la legitimación por activa que le asiste al accionante para actuar como agente oficioso de su señora esposa, en el presente proceso de tutela.

Si bien el juez de instancia consideró que en el escrito de tutela y en la ampliación de la declaración no se advierte la imposibilidad de la señora Restrepo González para ejercer su propio derecho, por lo que el accionante carecería de legitimación por activa para actuar, a juicio de la Corte, aparece acreditado por la manifestación no controvertida del accionante en el sentido de que al momento de interposición de la tutela la señora Restrepo González se hallaba imposibilitada para ejercer su propia defensa, por encontrarse gravemente enferma

(Fl. 1), situación que inclusive la obligó a retirarse de la empresa para la que trabajaba (Fl. 15), razón suficiente para considerar que el accionante sí tenía la legitimación necesaria para actuar en el presente asunto, tal y como fuera establecido en un evento similar por esta misma Sala, al señalar que:

“El artículo 10 del decreto 2591 de 1991 prevé la agencia oficiosa para los eventos en que el titular de los derechos no esté en condiciones de promover su propia defensa, caso en el cual deberá manifestarse tal circunstancia en la solicitud. Lineamiento que a su vez debe acompasarse con la prevalencia del derecho sustancial que la Constitución instauró a términos de su artículo 228, de suerte que para el presente caso, pese a que la señora María Consuelo Pantoja de Medina omitió hacer tal manifestación en forma expresa, dada la gravedad de los hechos el juez no debió desestimar la procedencia de la pretensión.

“Desde luego que dentro de una correcta inteligencia del asunto, dada la gravedad de los hechos, no hacían falta explicaciones adicionales para reconocer la presencia material de la agencia oficiosa a despecho de todo formalismo inocuo. Siendo del caso observar que a instancias del poder interpretativo que al juez le asiste frente a la integralidad de la demanda, mal podía el juez de instancia ceñirse dogmáticamente a la geometría de un requisito que en último término fue cumplido por la actora, proscribiendo así cualquier estudio de fondo sobre los hechos judicializados”. 1

4. Prestación del servicio de salud a través de los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) y el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla la posibilidad de acceder al Plan Obligatorio de Salud (P.O.S) que prestan las Entidades Promotoras de Salud, así como a los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) que pueden ser prestados por las mismas E.P.S. cuando se trata de los denominados planes de atención complementarios en salud, o por entidades de medicina prepagada o por aseguradoras que ofrecen pólizas de salud².

El fin que persigue la existencia normativa de estos dos tipos de planes de salud es proporcionar una mayor cobertura en la prestación del servicio. Así los Planes Adicionales de Salud ofrecen un mayor cubrimiento que el proporcionado por el Plan Obligatorio de Salud, que resulta limitado frente al tratamiento de algunas enfermedades y el suministro de algunos procedimientos y medicamentos.

La diferencia sustancial entre estas dos clases de planes estriba en que el Plan Obligatorio de Salud que es prestado en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es de carácter obligatorio y se financia con aportes y cotizaciones obrero – patronales, mientras que los Planes Adicionales de Salud no tienen el carácter de obligatorios, se financian en su totalidad con recursos distintos a las cotizaciones y, como su nombre lo indica, son de carácter adicional o accesorio al Plan Obligatorio de Salud P.O.S. por obedecer a la libre voluntad del afiliado.

Así, la Corte ha establecido que “se trata de dos relaciones jurídicas distintas, una derivada de las normas imperativas propias de la seguridad social y otra proveniente de la libre voluntad del afiliado, quien, con miras a mejorar la calidad de los servicios que recibe de la EPS, resuelve incurrir en una mayor erogación, a su costa y por encima del valor de las cuotas a las que legalmente está obligado, para contratar la medicina prepagada a manera de plan de salud complementario del básico”³.

De esta manera es claro que quien es cotizante o beneficiario de las dos clases de planes (obligatorio y adicional) goza de la facultad de escoger la entidad encargada de prestarle los servicios de salud, pudiendo optar entre la prestación del Plan Obligatorio de Salud y el Plan Adicional de Salud contratado, de acuerdo con las coberturas y requerimientos específicos para el tratamiento de su enfermedad.

Tal posibilidad la estableció el inciso final del artículo 18 del D.R. 806/98 cuando señala:

“El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente, si utiliza el POS o el Plan Adicional en el momento de utilización del servicio y la entidad no podrá condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan”.

La jurisprudencia constitucional en esta materia así lo ha comprendido, al señalar que esta disposición jurídica permite que los usuarios “puedan optar libre y voluntariamente, si utilizan o no, en caso de sufrir una contingencia amparada, el POS, si se encuentran afiliados a una EPS, o el “PAS”, si poseen un Plan Adicional de Salud, vale decir, pueden acudir a la empresa de medicina prepagada si también poseen un contrato de esta naturaleza, o a otra entidad pública, mixta o privada, si se hallan afiliados al régimen contributivo, sea a través del I.S.S., Cajanal o cualquier otra persona jurídica”⁴.

Así mismo, la Corte Constitucional ha sido enfática en indicar que las entidades que prestan los PAS no pueden ampararse en la citada norma para liberarse de las obligaciones inherentes al contrato de medicina prepagada o complementaria o a la póliza de salud suscritos con un usuario, remitiendo al paciente a la Empresa Promotora de Salud para que a través del POS se le brinde la atención requerida, pues se desfiguraría la finalidad de los planes adicionales de salud, que buscan ofrecer mejores beneficios, opcionales y voluntarios.

“Si las personas no están obligadas a contratar la medicina prepagada y por ende, tampoco a aumentar el nivel de aportes o de cuotas o mayores erogaciones, mal puede entenderse que la compañía que ofrezca planes de esta naturaleza, esté legal o contractualmente habilitada, para trasladar la responsabilidad que les corresponde, por virtud de un vínculo contractual, a otras relaciones jurídicas existentes entre el mismo usuario, con ocasión de un plan obligatorio de salud (POS) que lo cubra, sea con una persona jurídica pública mixta o privada, máxime cuando, a juicio de la Corte, los artículos 164 de la Ley 100 de 1993 y 18, 19 a 24 del decreto 806 de 1998, protegen al usuario frente a este tipo de conductas de las empresas de medicina prepagada o de las entidades adaptadas o de las mismas aseguradoras” 5.

Así las cosas, el usuario es libre de escoger entre el POS o el PAS contratados, acudiendo a las empresas respectivas que prestan uno y otro plan, sin que cada una de ellas pueda escudar su responsabilidad en la otra, salvo que el procedimiento, tratamiento o medicamento requerido por el usuario se encuentre expresamente excluido de las coberturas específicas de cada uno de ellos.

5. Planes Adicionales de Salud. La exclusión expresa de ciertos procedimientos de la cobertura del Contrato de Medicina Prepagada.

Los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) constituyen beneficios adicionales a los brindados por el P.O.S. como servicio público esencial en salud. Su naturaleza es estrictamente de orden privado, pues la garantía de los mismos no vincula al Estado, bajo los principios de solidaridad y universalidad, sino que son financiados con cargo exclusivo a los recursos que voluntariamente cancelen los particulares para obtener una mayor cobertura en los servicios de salud.

El artículo 18 del D.R. 806 de 1998 define el Plan Adicional de Salud de la siguiente manera:

“Se entiende por Plan de Atención Adicional aquel conjunto de beneficios opcionales y voluntarios, financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria”.

“El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares como un servicio privado de interés público cuya prestación no corresponde al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias”.

Tales planes, como se indicó, son prestados i) por las EPS que deciden ofrecer planes complementarios –artículo 169 de la Ley 100 de 1993-, ii) por las entidades adaptadas, iii) por las entidades de medicina prepagada o iv) por las aseguradoras que ofrecen pólizas de salud según lo dispuesto por el art. 17 del Decreto 806/98.

Específicamente respecto de las entidades de medicina prepagada, el numeral 1 del artículo 1o del Dto. 1570 de 1993, modificado por el artículo 1o del Decreto 1486 de 1994, las define como un:

“sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme a las normas jurídicas para la gestión de la atención básica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”.

El carácter de tales entidades ha sido estudiado con suficiencia por la Corte Constitucional, al establecer el alcance de las normas legales que rigen la materia, señalando al respecto:

“De lo anterior, puede deducirse que las actividades que se adelantan con ese propósito están fundamentadas en dos presupuestos básicos : 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 sujeto a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, a través de la Superintendencia Nacional de Salud⁶ (C.P., arts. 49, 150-21, 333 y 334).

Así, teniendo en cuenta el primero de los presupuestos, la Corte ha definido a su turno la

naturaleza jurídica de los contratos que se celebran con estas entidades:

“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 fe⁷. 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. (...)” ⁸.

Igualmente, ha señalado al respecto:

“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 adherencia o su rechazo absoluto. Como lo ha señalado la doctrina, en los contratos de adhesión una de las partes impone “la ley del contrato” ⁹ a la otra.

“De manera que, son pocos los asuntos que quedan sometidos a la discusión totalmente libre de las partes, y que 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, pero 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”.¹⁰

De ésta manera, a juicio de la Corte, es claro que en virtud de los principios de la buena fe y la seguridad jurídica las partes deben sujetarse estrictamente a las cláusulas que con claridad han sido estipuladas por las partes en el contrato de medicina prepagada suscrito y concretamente a las exclusiones de cobertura de algunos procedimientos que se encuentren expresamente pactadas en aquel, por tratarse de ley para las partes.

No sobra reiterar que frente al tema de las preexistencias¹¹ la Corte Constitucional ha sido clara en indicar que las que no hayan sido fielmente determinadas en el contrato de medicina prepagada, a través del correspondiente examen de ingreso consagrado en el Art. 21 del Decreto 806/98, deberán ser cubiertas por la entidad de medicina prepagada, por cuanto éstas “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.

6. El caso concreto. Hecho Superado.

En el presente asunto, el accionante -quien actúa como agente oficioso de la señora Magnolia del Socorro Restrepo González- pretende que se tutelen los derechos fundamentales de su esposa a la salud, la seguridad social, la igualdad y la vida digna, que estima le han sido vulnerados por Coomeva E.P.S. y Coomeva Medicina Prepagada S. A. al negarse a realizarle un procedimiento quirúrgico denominado “Fijación Transpendicular más injerto cresta ilíaca – Disquectomía”, aduciendo que está excluido de la cobertura del contrato de medicina prepagada suscrito con la segunda entidad.

Examinado el material probatorio que obra en el expediente, es diáfano que le asiste parcialmente la razón a la empresa Coomeva Medicina Prepagada S. A. al negarse a practicar el procedimiento quirúrgico requerido por la señora Restrepo González, por cuanto es evidente que si para la realización del mismo es necesario un material de osteosíntesis que se encuentra expresamente excluido por las cláusulas sexta y cuarta (numeral 7.15) del contrato de medicina prepagada suscrito entre ambas (folios 33-34) y específicamente por el plan contratado (Plan Tradicional), no era posible exigir a la empresa mencionada el

suministro de dicho material.

Sin embargo, debe hacerse claridad en el sentido de que si bien a Coomeva Medicina Prepagada S. A. no le era exigible el material señalado, el cual debía ser cubierto con el propio peculio de la afiliada, no ocurre lo mismo con el procedimiento quirúrgico requerido por la paciente, pues éste sí debía ser suministrado en la cuantía contratada, es decir en el 75%.

No obstante, teniendo en cuenta que encontrándose la señora Restrepo González afiliada a Coomeva E.P.S. y a Coomeva Medicina Prepagada S. A., le asiste el derecho de decidir ante cuál de estas entidades acude para satisfacer sus demandas de salud, y teniendo en cuenta que Coomeva E.P.S. señala que el citado procedimiento se encuentra incluido en el P.O.S., encontrándose dispuesta a realizarlo, una vez se presentara ante la entidad a solicitarlo (Fl. 16), es claro que el a-quo, habiendo constatado el delicado estado de salud que aquejaba a la paciente, debió considerar esta posibilidad a fin de proteger el derecho a la salud en conexidad con una vida digna, o bien debió ordenar a la empresa de medicina prepagada que cubriera el procedimiento quirúrgico en la cuantía estipulada en el contrato celebrado entre las partes; ambas opciones estarían condicionadas a la decisión que en uno u otro sentido tomara la señora Restrepo González.

Sin embargo, considerando que de conformidad con el oficio 05-51654 de fecha 31 de octubre de 2003, remitido a esta Corporación por el Gerente Regional de Salud Coomeva Medicina Prepagada S. A., se informó que “a la señora Magnolia del Socorro Restrepo González se le practicó Disquectomía, fijación transpendicular con material de osteosíntesis más injerto de cresta ilíaca el día 11 de julio de la corriente anualidad. Dicha intervención fue practicada en la Clínica Medellín por el doctor José Delmiro Campuzano” (Fl. 64), resulta claro que se superó el motivo de la acción de tutela, debiendo resolverse el presente asunto como en circunstancias similares,¹³ esto es, cuando no existe un hecho sobre el cual resolver.

Al respecto la Corte ha dicho que:

“El objetivo de la acción de tutela, conforme al artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, al Decreto 2591 de 1.991 y a la doctrina constitucional, es la protección efectiva y cierta del derecho constitucional fundamental, presuntamente vulnerado o amenazado por la

acción u omisión de una autoridad pública o de un particular en los casos expresamente señalados por la ley.

En virtud de lo anterior, la eficacia de la acción de tutela radica en el deber que tiene el juez, en caso de encontrar amenazado o vulnerado un derecho alegado, de impartir una orden de inmediato cumplimiento orientada a la defensa actual y cierta del derecho que se aduce.

No obstante lo anterior, si la situación de hecho que origina la violación o la amenaza ya ha sido superada en el sentido de que la pretensión erigida en defensa del derecho conculcado está siendo satisfecha, la acción de tutela pierde su eficacia y su razón de ser.”¹⁴.

La jurisprudencia de la Corte Constitucional ha sostenido que en aquellos eventos en los cuales la pretensión fue satisfecha, la acción de tutela pierde eficacia y, por ende, su justificación constitucional, razón por la cual, en este caso así habrá de declararlo.

No obstante, teniendo en cuenta que los derechos fundamentales a la salud y la seguridad social en conexidad con una vida digna de la accionante fueron inicialmente vulnerados por Coomeva Medicina Prepagada S. A., se revocará el fallo de instancia y se declarará la carencia actual de objeto, de conformidad con el criterio que ha venido siendo aplicado por esta Corporación, según el cual no se puede confirmar un fallo que se aparta de los postulados de la Constitución y de los criterios de la jurisprudencia constitucional, conforme a la sentencia T-271 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa:

“4. Sobre la sustracción de materia

“La Sala no comparte la argumentación hecha por el juez de instancia para denegar la tutela solicitada por la señora Ana Hermencia Solano Jiménez, y procederá a revocar el fallo objeto de revisión. No confirma el fallo porque la tutela ha debido ser concedida. No obstante, la Corte no se pronuncia de fondo, pues en el presente caso hay carencia de objeto por sustracción de materia, toda vez que el Instituto de Seguros Sociales ya expidió la autorización para la práctica de la cirugía requerida por la madre de la peticionaria¹⁵. No existe al momento en que se produce este fallo, razón alguna para impartir una orden al ente accionado.

“En estos casos, la técnica empleada es que la decisión de instancia es confirmada, pero por

las razones expuestas por la Corte¹⁶. Pero confirmar un fallo contrario a la Carta no es lo procedente. Por eso, la técnica que se empleará en la parte resolutive será la de revocar y declarar la carencia de objeto.”

IV. DECISION

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

Primero. REVOCAR la sentencia de 7 de julio de 2003 proferida por el Juzgado Cuarenta Penal Municipal de Medellín.

Segundo. Declarar la carencia actual de objeto, por existir un hecho superado.

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

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

JAIME ARAUJO RENTERÍA

Magistrado

ALFREDO BELTRÁN SIERRA

Magistrado

MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA

Magistrado

IVAN HUMBERTO ESCRUCERIA MAYOLO

Secretario General (e)

EL SUSCRITO SECRETARIO GENERAL (E)

DE LA CORTE CONSTITUCIONAL

HACE CONSTAR:

El Honorable Magistrado doctor MANUEL JOSE CEPEDA ESPINOSA, no firma la presente sentencia, por encontrarse con permiso debidamente autorizado.

IVAN HUMBERTO ESCRUCERIA MAYOLO

Secretario General (e)

1 Ver sentencia T-344/01 M.P. Jaime Araújo Rentería.

3 Sentencia T-533/96 M.P. José Gregorio Hernández

4 Sentencia T-732/98 M.P. Fabio Morón Díaz

5 Ibidem.

6 Ver la Sentencia C-274/96, M.P. Dr. Jorge Arango Mejía.

7 Código Civil, artículo 1602.

8 Sentencia T-290/96 M.P. Fabio Morón Díaz

9 Concepto mencionado por el Tratadista chileno Arturo Alessandri Rodríguez en su obra “De los contratos”, Editorial Temis- Editorial Jurídica de Chile, pag. 40.

10 Sentencia SU-039/98, Magistrado Ponente: Hernando Herrera Vergara.

11 Respecto a éste tema ver las sentencias T-171/03 M.P. Rodrigo Escobar Gil, T-365/02 M.P. Jaime Córdoba Triviño, T-909/00 M.P. Alejandro Martínez Caballero, T-471/00 M.P. Alvaro Tafur Galvis.

12 Corte Constitucional, sentencias T-512/98 y T-290/98.

13 Sentencias T-278 de 2001, Magistrado Ponente Alvaro Tafur Galvis, T-281 de 2001, Magistrado Ponente Alfredo Beltrán Sierra, T-302 de 2001, Magistrado Ponente Clara Inés Vargas Hernández, T-342 de 2001, Magistrado Ponente Marco Gerardo Monroy Cabra, T-680 de 2001, Magistrado Ponente Eduardo Montealegre Lynett, entre muchas otras.

14 Sentencia T-495 de 2001 Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil

15 Cfr. folios 89 y siguientes del expediente.

16 En relación con la existencia de sustracción de materia en fallos de tutela pueden consultarse las sentencias T-186 de 1995, M.P. Hernando Herrera Vergara ,T-509 de 2000 M.P. Alvaro Tafur Galvis y T-957 de 2000. M.P. Alfredo Beltrán Sierra. En igual sentido las sentencias T-818 y T-1051 de 2002, M.P. Clara Inés Vargas Hernández; T-013 de 2003, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa, entre otras.