

Sentencia T-118/00

ACCION DE TUTELA CONTRA PARTICULARES-Procedencia excepcional

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA-Ostensible indefensión

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS-Procedencia de tutela por afectación de derechos fundamentales

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD-No aplicación de preexistencias

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Exclusión de preexistencias previa, expresa y taxativamente

EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Examen de ingreso completo, riguroso y previo a la vinculación del usuario

COMPAÑIA DE SEGUROS-No puede deducir a posteriori una preexistencia

Esta Sala no tiene duda acerca de que la compañía de seguros no puede deducir a posteriori una preexistencia, para oponerla al afiliado y negar atención, pues al hacerlo contradice el sentido mismo de tal figura. Es previa y debe conocerse de antemano, para que la entidad y quien con ella contrata sepan con certeza qué aspectos de la salud de los beneficiarios no se encuentran amparados.

COMPAÑIA DE SEGUROS-Ofertas, propagandas y promociones en salud se incorporan al contrato y obligan a la empresa/EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Ofertas, propaganda y promoción se incorporan al contrato y obligan a la empresa/PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN RELACION CONTRACTUAL-Suscripción bajo ofertas, propaganda y promoción

CONTRATO DE GASTOS MEDICOS CON COMPAÑIA DE SEGUROS-Naturaleza

COMPAÑIA DE SEGUROS-Examen médico al momento de suscribirse convenio para determinar preexistencias

COMPAÑIA DE SEGUROS-Preexistencia que debe ser reembolsada hasta el tope del contrato

Acción de tutela instaurada por Guertty Norella Ramirez Bernal contra “Pan American de Colombia, Compañía de Seguros de Vida”.

Magistrado Ponente:

Dr. JOSE GREGORIO HERNANDEZ GALINDO

Aprobada en Santa Fe de Bogotá, D.C., diez (10) de febrero de dos mil (2000).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241, numeral 9, de la Constitución Política y en el Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

en el proceso de revisión de los fallos adoptados por los juzgados 55 Civil Municipal y 13 Civil del Circuito de Santa Fe de Bogotá, al decidir sobre la acción de tutela instaurada por Guertty Norella Ramírez Bernal contra “Pan American de Colombia, Compañía de Seguros de Vida S.A.”.

I. ANTECEDENTES

Guertty Norella Ramírez Bernal, actuando mediante apoderado, formuló acción de tutela contra “Pan American de Colombia, Compañía de Seguros de Vida S.A”. por violación de su derecho constitucional a la salud en conexión con el derecho a la vida.

Señaló que la empresa accionada ofreció a su esposo una póliza de seguros de salud con cobertura desde una consulta hasta cirugías mayores, con una restricción de hasta sesenta millones de pesos, oferta que fue aceptada, por lo cual se suscribió la póliza, cuyo cubrimiento empezó a partir del 1 de abril y se extendió hasta el 31 de octubre de 1999.

Cuando se contrató no se practicó ningún tipo de examen médico a la peticionaria y sólo se le pidió llenar un cuestionario sobre su estado general de salud. A principios del mes de abril y en vigencia de la póliza, la señora Guertty sufrió un accidente en su apartamento, que le ocasionó un fuerte dolor de cadera y en el coxis. Acudió al doctor Carlos Castro, médico asociado a la entidad demandada, quien ordenó varias radiografías de columna, por lo cual

fue remitida a un traumatólogo y a un neurocirujano.

El 20 de mayo de 1999 la accionante acudió ante el doctor Remberto Burgos, médico neurocirujano, quien luego de un exhaustivo examen concluyó que a la paciente debía practicársele de urgencia una cirugía de columna para evitar el aprisionamiento de los tendones que se encuentran dentro de las vértebras, lo que científicamente se denomina “espondilolistesis grado II L5-S1”.

Inmediatamente y ante la imposibilidad de caminar y subir escaleras, la señora Ramírez solicitó la autorización para efectuar la cirugía y, al no obtener respuesta escrita por parte de la compañía, llamó al funcionario competente, quien le manifestó que el seguro no cubría el siniestro, porque, según sus funcionarios, se trataba de una preexistencia de tipo congénito y necesitaban evaluar si había sido diagnosticada en un período anterior a los 12 meses de la vigencia del contrato, lo cual no ocurrió.

Afirmó en el escrito de tutela que las excepciones a la cobertura deben derivarse de un examen médico previo a la celebración del contrato, el cual debe ser practicado por parte de la compañía de medicina prepagada.

Solicitó que mediante la tutela se le protegiera su derecho a la salud y se ordenara a la entidad demandada autorizar la cirugía recomendada por los médicos especialistas, con cargo al contrato de seguro de salud que fue contratado.

II. SENTENCIAS OBJETO DE REVISIÓN

El Juzgado Cincuenta y Cinco Civil Municipal de Santa Fe de Bogotá, en fallo del doce de julio de mil novecientos noventa y nueve, resolvió tutelar los derechos a la salud y la vida de la accionante en el entendido de que únicamente se pueden excluir del objeto contractual aquellos padecimientos del usuario que previa, expresa y taxativamente se hubieren señalado como preexistentes.

Para el juez, no está demostrado que la patología que presenta la beneficiaria sea de carácter congénito, pues según la información del expediente, los conceptos médicos no son unánimes. Uno afirma que la paciente sufrió una caída hace tres meses; otro que el dolor lumbar tiene aproximadamente medio año de evolución, mientras que finalmente otro afirma

que el trauma tiene 20 días.

Concluye el juzgado afirmando que es infundado el argumento de la aseguradora en cuanto a la preexistencia pues, además, no existe prueba que demuestre que al momento de la vinculación contractual se hubiese pactado de manera expresa la exclusión del plan de alguna enfermedad que padeciera la beneficiaria. La preexistencia que genéricamente aparece determinada en el contrato de seguro no puede tenerse como válida en atención a que negocios jurídicos de esta clase se entienden celebrados para la prestación de servicios integrales.

La tutela fue concedida como mecanismo transitorio.

La decisión judicial fue impugnada por la empresa demandada, la cual argumentó que no se trataba de un contrato de medicina prepagada sino de un seguro por cuya virtud la compañía convino reembolsar al asegurado los gastos que, con fines terapéuticos, se hubiesen efectuado para el tratamiento de las enfermedades o lesiones que médicamente se determinen durante la vigencia de la póliza.

Correspondió conocer en segunda instancia al Juzgado Trece Civil del Circuito de Santa Fe de Bogotá, el cual, en providencia del 25 de agosto de 1999, revocó el fallo inicial.

De acuerdo con el Juzgado, la peticionaria demostró que adquirió una póliza de seguro colectiva de gastos médicos mayores, la que tiene como objetivo el reembolso de los gastos que con fines terapéuticos se hayan efectuado para el tratamiento de las enfermedades o lesiones sobrevenidas dentro de la vigencia del contrato.

Según la providencia, no se vislumbra por parte alguna que la entidad accionada haya vulnerado derechos fundamentales de la peticionaria, toda vez que no se comprometió a garantizar la atención médica como tal.

En efecto, sostuvo el fallador de segundo grado, no se trata de una entidad de tal naturaleza y menos puede aceptarse que sea ella -la compañía- la encargada del tratamiento, ni de la asistencia médica. Es diferente el hecho de que en virtud del contrato se pueda solicitar el pago de los dineros sufragados por el tratamiento respectivo, pues la entidad accionada no es prestadora de servicios de salud ni su función es la de una clínica u hospital.

III. CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL Y FUNDAMENTOS DE LA DECISION

1. Acción de tutela contra particulares

Aunque en principio la acción de tutela ha sido instituida para buscar equilibrio a favor de los gobernados, ante el poder de quienes ejercen autoridad pública, tanto el artículo 86 de la Constitución Política como el 42 del Decreto 2591 de 1991 la consagran de manera excepcional 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 o indefensión.

En el caso que nos ocupa, la acción de tutela se dirige contra la empresa “Pan American de Colombia, Compañía de Seguros de Vida”, entidad de naturaleza privada que no tiene a su cargo la prestación de ningún servicio público, ni puede decirse, con base en las pruebas aportadas, que haya asumido una conducta que afecte a la colectividad en la forma prevista por las disposiciones en referencia, por lo cual cabe verificar cuál es la relación existente entre tal empresa y la accionante.

No se trata de subordinación, en tanto que relación jurídica de dependencia, como la que existiría si se tratara de un vínculo laboral o educativo, ya que el asunto objeto de controversia alude a un contrato en el que se parte del supuesto del equilibrio entre quienes lo han celebrado.

Pero, en cambio, se muestra como ostensible la indefensión, como relación de carácter fáctico, en cuya virtud la persona afectada no puede oponerse de manera efectiva a la actitud de la compañía, que repercuta en el perjuicio de los derechos fundamentales invocados.

Ahora bien, al referirse a las compañías de medicina prepagada -la demandada no lo es- esta Corte ha destacado que, si bien en principio las diferencias que con ellas surjan deben tramitarse ante los jueces ordinarios dado su carácter contractual, cuando están de por medio, por su propia actividad, derechos fundamentales, como la vida o la integridad personal, cabe la acción de tutela para hacerlos respetar, pues entonces el tipo de contrato -por su objeto- no puede mirarse bajo la misma óptica de cualquiera otra convención.

Lo mismo puede afirmarse de compañías de seguros, como la involucrada en este proceso, en las cuales es menester que se analice el objeto de la protección que ofrecen en caso de siniestro. Si de él resulta que la prestación correspondiente es puramente económica, no tendría cabida la tutela, en cuanto se dirimiría el conflicto ante la jurisdicción ordinaria, pero si el objeto de la gestión específicamente considerado tiene efecto en la salud y en la vida de una persona por razón de la materia de la cobertura, puede ser viable una acción de tutela para el fin constitucional de amparar tales derechos fundamentales.

2. Necesidad de practicar exámenes médicos previos para poder establecer las preexistencias. Las preexistencias deben determinarse en forma taxativa al suscribirse el respectivo contrato. Las ofertas, propaganda y promoción de las compañías de seguros en materia de salud, y de las empresas de medicina prepagada se incorporan al contrato y obligan a la empresa

De conformidad con los preceptos contenidos en la Ley 100 de 1993, así como en la jurisprudencia de esta Corte, ha quedado claro que las EPS no pueden aplicar preexistencias a sus afiliados. Situación diferente es la existente cuando se trata de contratos de medicina prepagada, en los cuales se acepta la figura de las preexistencias -afecciones o daños en la salud de los beneficiarios del respectivo contrato, que por ser anteriores al mismo no quedan cubiertas por sus cláusulas y no se pueden cargar a la cuenta de la compañía de medicina prepagada- aunque, con miras a la seguridad en el ejercicio de los derechos del usuario y de la claridad en las relaciones emanadas del convenio, no pueden oponerse al contratante si no se han contemplado expresamente y por escrito en el contrato desde el momento de su celebración, de lo cual se deriva que la respectiva compañía está obligada a efectuar un examen médico a cada beneficiario, al momento del ingreso, de modo que le permita detectar anomalías o enfermedades que no queden cubiertas, dejando la respectiva constancia, conocida por ambas partes.

Respecto de las preexistencias y el requisito de un examen médico previo, esta Corporación ha expresado:

“Se conoce, entonces, como “preexistencia” la enfermedad o afección que ya venía aquejando al paciente en el momento de suscribir el contrato, y que, por tanto, no se incluye como objeto de los servicios, es decir, no se encuentra amparada.

Por supuesto, en razón de la seguridad jurídica, las partes contratantes deben gozar de plena certidumbre acerca del alcance de la protección derivada del contrato y, por tanto de los servicios médico asistenciales y quirúrgicos a los que se obliga la entidad de medicina prepagada y que, en consecuencia, pueden ser demandados y exigidos por los usuarios.

Así las cosas, desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia, en su mismo texto o en anexos incorporados a él, sobre las enfermedades, padecimientos, dolencias o quebrantos de salud que ya sufren los beneficiarios del servicio y que, por ser preexistentes, no se encuentran amparados.

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

Sobre esas bases, determinada con claridad la situación de salud vigente a la fecha del contrato en lo que respecta a cada uno de los beneficiarios, se deben consignar de manera expresa y taxativa las preexistencias, de modo que las enfermedades y afecciones no comprendidas en dicha enunciación deben ser asumidas por la entidad de medicina prepagada con cargo al correspondiente acuerdo contractual". (Cfr. Corte Constitucional. Sala Quinta de Revisión. Sentencia T-533 del 15 de octubre de 1996).

Las enfermedades o padecimientos que tengan rango de preexistentes deben estar previstas, con la precisión y en la oportunidad que la transcrita jurisprudencia exige, y no pueden quedar librados a posteriores y siempre sorpresivas verificaciones médicas de carácter retroactivo, generalmente contrarias al interés del paciente.

Esta Sala no tiene duda acerca de que la compañía de seguros no puede deducir a posteriori una preexistencia, para oponerla al afiliado y negar atención, pues al hacerlo contradice el sentido mismo de tal figura. Es previa y debe conocerse de antemano, para que la entidad y quien con ella contrata sepan con certeza qué aspectos de la salud de los beneficiarios no se encuentran amparados.

Pero, además, si la compañía, en su propaganda, o al anunciar o promocionar sus servicios, o

al enviar a sus posibles clientes cotizaciones que detallan las ventajas de contratar con ella - como acontece en este caso-, ofrece cierta cobertura, y por esa causa una persona decide tomar la póliza, aquélla está obligada en los términos de la oferta, que si son desconocidos, modificando sus alcances, ya en ejercicio del contrato y causando daño o amenaza a derechos fundamentales, dan lugar a que ante los jueces de tutela la empresa deba responder, cobijando todo aquello que prometió a los eventuales tomadores del seguro.

En síntesis, las ofertas, propaganda y promoción de las compañías de seguros, en materia de salud, y de las empresas de medicina prepagada, en las cuales se prometen ciertos beneficios generales o una determinada cobertura con el mismo carácter general, se incorporan al contrato que se celebre y obligan a la compañía que los ofreció. Sólo este principio salvaguarda la buena fe en la relación contractual e impide que las personas resulten engañadas o inducidas a error al suscribir contratos de esta naturaleza.

En el expediente obra copia del contrato suscrito por el esposo de la accionante, Julio García, con la compañía “Pan American de Colombia S.A., Compañía de Seguros de Vida S.A.”, el cual se denomina “Póliza Colectiva de Gastos Médicos Mayores” (Seguro a término renovable sin participación), con vigencia entre el 1 de mayo de 1998 y el 1 de mayo de 1999, en el cual se dejó consignado:

“Pan American de Colombia Compañía de Seguros de Vida S.A. que en adelante se denominará la Compañía, de conformidad con las condiciones y estipulaciones de esta póliza, conviene en reembolsar al asegurado principal o por intermedio del tomador (o reembolsar directamente a los proveedores) los gastos que con fines terapéuticos se hayan efectuado para el tratamiento de las enfermedades o lesiones que médicamente se determinen como sobrevenidas dentro del período de vigencia de la cobertura individual y sólo hasta la cantidad indicada en cada uno de los renglones del cuadro de beneficios. El seguro es de mera indemnización y nunca podrá ser ocasión de utilidad o ganancia para los asegurados”.

En la cotización enviada en marzo de 1999 a García (la carta no tiene fecha exacta), José Castañeda, asesor financiero y en seguros, actuando a nombre de “Pan American de Colombia”, manifestó que la póliza ofrecida para la aquí demandante, una mujer de 32 años, cubría “desde una consulta médica hasta cirugías mayores” y que lo concerniente a este último aspecto podía llegar a un máximo de sesenta millones de pesos (folios 2 y siguientes

del cuaderno de pruebas).

Es claro que, entre las exclusiones que allí y en el contrato celebrado fueron señaladas, no se encontraba el padecimiento ocasionado por la caída de la actora, ocurrida en su residencia durante la vigencia del contrato.

Resulta, entonces, que, según lo ofrecido y lo pactado, tenía ella derecho a la cobertura en cuanto a dicho percance, y que la negativa de la compañía a reconocerlo así afecta la salud de la paciente y pone en peligro su integridad personal.

En otro aspecto del análisis, es necesario distinguir entre la medicina prepagada o el POS a cargo de las EPS y un contrato de gastos médicos mayores como el que existe con la peticionaria, pues son figuras bien distintas con alcances igualmente diferentes. Mientras en los dos primeros casos, los de medicina prepagada y EPS, se trata de entidades prestatarias de servicios de salud, en el caso de los contratos de gastos médicos con una compañía de seguros no se está frente a una entidad que tenga a su cargo la prestación de estos servicios; se trata de una compañía de seguros con la cual se pacta un reembolso de los gastos que se hayan efectuado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que médicamente se determinen, con un tope máximo de cubrimiento, que en el presente caso es de sesenta millones de pesos.

No obstante, para la Corte es evidente que la oposición de preexistencias no contempladas previamente o la elusión de la responsabilidad de la compañía en este tipo de contratos, aunque no se traduzcan en la obligatoriedad de que ésta preste servicios clínicos, médicos o quirúrgicos, puede llevar a efectos similares a los que se ocasionan en contratos de medicina prepagada cuando no cubren lo que se han comprometido a cubrir, con el consiguiente perjuicio para la salud de los contratantes, y aun con riesgo para derechos fundamentales en conexión con ella.

Por otra parte, en el caso que se examina, según la información suministrada, al suscribir el contrato la peticionaria diligenció un formulario o cuestionario acerca de su estado de salud, pero no aparece que se hubiese realizado un examen médico directo, encaminado a determinar las enfermedades preexistentes.

Se argumenta por parte de la Compañía aseguradora que el problema de salud que aqueja a

la afiliada es congénito y por lo tanto excluido del cubrimiento que ofrece el contrato.

La Sala encuentra que, al no realizarse el examen médico en el momento de suscribirse el convenio y no haberse determinado con claridad las dolencias que ya se traían, no es posible oponer como preexistencia lo que no se dejó consignado desde el principio para evadir el cubrimiento del tratamiento quirúrgico requerido, a lo cual se añade que la compañía anunció una cobertura total, desde una consulta hasta una intervención quirúrgica, con un tope único que correspondió al valor de sesenta millones de pesos.

Cabe, pues, la tutela para proteger los derechos a la salud, a la integridad personal y a la vida de la beneficiaria.

La Sala revocará parcialmente la sentencia de segunda instancia, en cuanto puede afectarse en forma grave la salud de la peticionaria si se insiste en ellas.

DECISION

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

RESUELVE:

Primero.- REVOCAR, por las razones expuestas en esta providencia, el fallo del Juzgado Trece Civil del Circuito de Santa Fe de Bogotá, proferido el 25 de agosto de 1999, al resolver sobre la acción de tutela incoada por Guertty Norella Ramírez Bernal contra la empresa “Pan American de Colombia, Compañía de Seguros de Vida S.A.”.

Segundo.- ORDENAR a “Pan American de Colombia, Compañía de Seguros de Vida S.A.”, que al aplicar los términos del contrato suscrito con Guertty Norella Ramírez, no podrá alegar preexistencias que no hubieren sido expresamente y por escrito determinadas al momento de su suscripción, ni abstenerse de cobijar aspectos de cobertura que resultaban de lo anunciado al contratante.

Tercero.- Por Secretaría LÍBRESE la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

JOSE GREGORIO HERNANDEZ GALINDO

Magistrado Ponente

ALEJANDRO MARTINEZ CABALLERO

Magistrado

FABIO MORON DIAZ

Magistrado

Secretaria General