

Sentencia T-152/06

ACCION DE TUTELA CONTRA PARTICULARES-Procedencia

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS-Procedencia

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, que es el caso de la entidad demandada 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. Bajo estos supuestos es claro que el actor se encuentra en situación de indefensión frente a la entidad demandada y, en consecuencia, por este aspecto la tutela es procedente.

PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD-Incumplimiento de la entidad con la que se contrató

CONTRATO DE SEGUROS-No existe relación de subordinación entre asegurado y compañía aseguradora

No podría afirmarse que el asegurado se encuentra en relación de subordinación frente a la compañía aseguradora, en tanto no existe relación jurídica de dependencia, como si existe tratándose de un vínculo laboral o educativo. El asunto objeto de controversia alude a un contrato de Seguros en el que, en principio, se presume que existe equilibrio entre los suscribientes.

INDEFENSION-Concepto

INDEFENSION-Actos de compañía aseguradora

INDEFENSION-Del asegurado frente a empresa aseguradora

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

DERECHOS FUNDAMENTALES POR CONEXIDAD-Concepto/DERECHO A LA SALUD-Fundamental por conexidad

En relación con el derecho a la salud, la Corte ha señalado que prima facie, no es un derecho fundamental, habida consideración del carácter asistencial o prestacional que lo caracteriza. Sin embargo, la jurisprudencia de esta Corporación ha contemplado diversos escenarios donde, bien sea por conexidad, bien sea autónomamente, la salud adquiere el rango de derecho fundamental, y por lo tanto, es factible su protección a través del ejercicio de la acción de tutela. Debe señalarse que en un primer plano el derecho a la salud ha sido

considerado un derecho fundamental por conexidad con otros derechos fundamentales. La doctrina constitucional considera que los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que no siendo denominados como tales en la Constitución Política, les es reconocida esta condición en virtud de la íntima relación con otros derechos fundamentales, de manera que si los primeros no fueran protegidos en forma inmediata se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos. En el caso del derecho a la salud, que no siendo derecho fundamental, adquiere esta categoría cuando la desatención del enfermo amenaza con poner en peligro derechos como la vida, la integridad humana o la integridad física

DERECHO A LA SALUD DEL MENOR-Fundamental autónomo

DERECHO A LA SALUD-Fundamental autónomo cuando EPS niega servicio incluido en el POS

CONTRATO DE SEGUROS-Definición acogida por la Corte Constitucional

CONTRATO DE SEGUROS-Características

Se observa que por su naturaleza se trata de un contrato sometido a las reglas del derecho privado. Es consensual porque se perfecciona por el mero consentimiento de las partes y produce sus efectos desde que se ha realizado la convención; es bilateral puesto que origina derechos y obligaciones entre asegurador y asegurado; es oneroso, en cuanto, compromete al primero a pagar el siniestro y al segundo a reconocer el valor de la prima y es aleatorio porque se refiere a la indemnización de una pérdida o de un daño producido por un acontecimiento o un hecho incierto, pues no se sabe si se va a producir y en el caso contrario - como ocurre con la muerte- no se sabe cuándo ello ha de acontecer. Las características consignadas en el artículo 1036 del C. de Co. no son las únicas que identifican el contrato de

seguros. Teniendo en cuenta las normas especiales que lo regulan, surgen otras que resultan relevantes como son: es un contrato en razón a la persona; es un contrato de adhesión y en el predomina el principio de la buena fe.

CONTRATO DE SEGURO EN SALUD Y PRINCIPIO DE LA BUENA FE-Alcance

CONTRATO DE SEGUROS-Es un contrato de adhesión

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE SEGUROS-Se predica tanto de tomador como de asegurador

CONTRATO DE SEGUROS EN SALUD-Tienen como objeto la protección en salud de los beneficiarios

JUEZ CONSTITUCIONAL-Interpretación de cláusulas en contrato de seguros

Teniendo en cuenta que los contratos de seguros médicos pueden influir sobre los derechos fundamentales, sin desconocer su diferente naturaleza jurídica, la jurisprudencia constitucional ha considerado que por su origen y características están sujetos, mutatis mutandi, a las mismas pautas interpretativas de los contratos de medicina prepagada. Ello teniendo en cuenta que los dos, desde diferentes perspectivas, tienen como objeto la protección del derecho a la salud de los beneficiarios; e igualmente, que los dos son contratos de adhesión en los cuales la parte asegurada en el contrato de seguros o el tomador en el contrato de medicina prepagada, se adhieren a unas cláusulas previamente elaboradas y establecidas por la entidad aseguradora. Sobre esta base, como los Contratos

de Seguros y los de Medicina Prepagada se proyectan sobre los derechos fundamentales y pueden conducir a su afectación, frente a las controversias contractuales que puedan surgir, el juez constitucional habrá de adelantar la interpretación de las cláusulas del contrato dentro de la amplitud que a favor del usuario es posible predicar en razón de tratarse de un contrato de adhesión.

MEDICINA PREPAGADA-Actividad económica y servicio público a cargo de particulares

MEDICINA PREPAGADA-Sin importar denominación constituye forma de actividad aseguradora de riesgos médicos

COMPAÑIA ASEGURADORA-No aplicación de preexistencias/CONTRATO DE SEGURO MEDICO-Aplicación de preexistencias y exclusión

Teniendo en cuenta el principio de la buena fe y su carácter restrictivo en los contratos de adhesión, la Corte Constitucional ha precisado que en los contratos de Medicina Prepagada y de Seguros Médicos, al momento de realizar la afiliación o de suscribir el contrato, debe señalarse de manera taxativa y expresa las exclusiones médicas -entiéndase enfermedades o afecciones- respecto de las cuales no se dará cubrimiento alguno. Si esto no ocurre, no es posible que la compañía de medicina prepagada o la aseguradora puedan relevarse de la obligación de autorizar y cubrir los tratamientos o servicios médicos que el beneficiario o asegurador requieran, invocando o valiéndose de cláusulas ambiguas o generales, como por ejemplo aquellas que dicen excluir todas las enfermedades congénitas o todas las preexistencias. Por tratarse de un contrato de adhesión e imperar en ellos la buena fe reforzada, las cláusulas ambiguas y generales deben interpretarse a favor del beneficiario o asegurado y no en su contra. En efecto, en los contratos de adhesión, como es el caso de los contratos de medicina prepagada y de seguros en salud, no es posible interpretar los términos del contrato en perjuicio de los intereses del beneficiario o asegurado, a partir de

dictámenes médicos posteriores donde se afirme que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración. Aunque las compañías de medicina prepagada se comprometen a prestar un conjunto de servicios que cobijan diferentes aspectos de la salud, operan con base en principios similares a los que inspiran el contrato de seguro, en tanto en este último caso la cobertura del contrato, si bien no refiere propiamente a la prestación de servicios médicos, si conlleva el cubrimiento económico de los mismos. Como en ambos casos se trata de garantizar el cubrimiento de los percances y dolencias que afecten a los beneficiarios a partir de la celebración del contrato, están excluidos aquellos padecimientos anteriores al contrato, siempre y cuando estos aparezcan contenidos en sus cláusulas a manera de preexistencias o exclusión de servicio. No es, en consecuencia, constitucionalmente admisible la inclusión de una preexistencia o la negación de un servicio médico que no haya sido enunciado como tal en el contrato, ya que se presume la buena fe de las partes al momento de obligarse

CONTRATO DE SEGURO MEDICO-Exclusión de preexistencias previa, expresa y taxativamente

CONTRATO DE SEGURO MEDICO-Realización de completos y exhaustivos exámenes de ingreso

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

CONTRATO DE SEGURO MEDICO-Carga de preexistencias está en cabeza de entidad aseguradora

CONTRATO DE ADHESION-Exclusiones en la póliza deben ser claras y expresas

DERECHO A LA SALUD-Practica de cirugía de varicocele izquierdo

Referencia: expediente T-1236669

Accionante: Andrés Múnera Vélez

Demandado: Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A.

Magistrado Ponente:

Dr. RODRIGO ESCOBAR GIL

Bogotá, D.C., veintisiete (27) de febrero de dos mil seis (2006).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Rodrigo Escobar Gil, Marco Gerardo Monroy Cabra y Humberto Antonio Sierra Porto, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente:

SENTENCIA

en el proceso de revisión del fallo proferido por los Juzgados Segundo civil Municipal y Cuarto Civil del Circuito de Medellín dentro de la acción de tutela promovida por Andrés Múnera Vélez contra la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

Refiere el demandante que el 29 de noviembre de 2004 la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., emitió a su favor una póliza de seguro familiar de salud “Salud Familiar Suramericana” con las coberturas y exclusiones que figuran en la misma y con vigencia de un año.

Afirma que el 14 de junio de 2005 el Doctor Rafael Castellanos -Urólogo- solicitó a la demandada orden para cirugía de “Varicocele Izquierdo”, procedimiento cubierto por la póliza tomada.

Indica que el 17 de junio de 2005 la entidad aseguradora, mediante comunicación le informó que el procedimiento no sería autorizado, por ser una “Enfermedad o padecimiento preexistente al ingreso del ASEGURADO a la Póliza”

Finalmente precisa que se le ha endilgado mala fe en la declaración de salud al momento de otorgársele el seguro y manifiesta bajo juramento que no tenía conocimiento en dicho momento sobre que padecía de dicha enfermedad.

2. Fundamentos de la acción y pretensiones

El demandante estima que la Compañía Suramericana de Seguros de Vida le vulnera su derecho a la Salud consagrado en el artículo 49 de la Constitución Política al no autorizar la cirugía solicitada. En consecuencia solicita, se ordene a la demandada que proceda a autorizar el procedimiento denominado “Cirugía de Varicocele Izquierdo” conforme a las coberturas anunciadas y descritas en la póliza expedida.

3. Trámite de instancia.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

4. Oposición a la demanda de tutela

La Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. actuando por intermedio de su Representante Legal y por conducto de apoderado judicial, en escrito recibido por el juez de instancia el 4 de agosto de 2005, dio contestación a la acción interpuesta. En dicha contestación acepta que el demandante se encuentra vinculada a la compañía como tomador y asegurado con la Póliza No. 815765 con vigencia a partir de las 6 p.m. del día 29

de noviembre de 2004 hasta las 6 p.m. del día 29 de noviembre de 2005. Afirma que el procedimiento solicitado no se encuentra dentro de la cobertura de la póliza contratada, puesto que el asegurado al momento de la declaración de asegurabilidad no declaró el padecimiento de la enfermedad, constituyéndose en consecuencia dicha enfermedad en una preexistencia. Manifiesta que no ha vulnerado ningún derecho fundamental del demandante, por cuanto la no autorización se dio en ejecución de una relación contractual si se tiene en cuenta que la enfermedad padecida cuenta con un año de evolución, lo que conlleva a determinar que la padecía al momento de la declaración de asegurabilidad y al no haberse manifestado esta, se constituye en una preexistencia no amparada por la póliza.

5. Pruebas que obran en el expediente

-A folio 6, fotocopia simple de la cédula de ciudadanía del demandante Andrés Múnera Vélez.

- A folio 7, fotocopia simple del diagnóstico efectuado respecto de la enfermedad que padece el demandante.

- A folio 8, fotocopia simple de la comunicación fechada el 17 de junio de 2005 en Medellín suscrita por Suramericana de Seguros de Vida S.A. y dirigida al demandante señor Andrés Múnera Vélez, en la cual se le indica que el procedimiento solicitado no será autorizado por cuanto, la patología que lo motiva es previa a la contratación del seguro, careciendo tal solicitud de cobertura por ser preexistente.

- A folio 9, copia informal del estudio ecográfico efectuado al accionante por "Cedimed" Centro de Diagnóstico Médico y que tiene como conclusión que el demandante padece de

“Varicocele izquierdo”.

- A folios 10 a 21, copia informal de la “Póliza de Seguro Familiar de Salud Salud Familiar Suramericana” No 815765 y de las cláusulas de la misma.

- A folios 30 a 47, copia informal aportada por la parte demandada, de la “Póliza de Seguro Familiar de Salud Salud Familiar Suramericana” N° 815765 y de las cláusulas de la misma, así como de la solicitud para póliza de seguros de personas debidamente diligenciada por el demandante, de la declaración de asegurabilidad y resumen de la Historia Clínica.

II. DECISIÓN JUDICIAL QUE SE REvisa.

1. Primera Instancia.

El Juzgado Segundo Civil Municipal de Medellín, en providencia de agosto nueve de dos mil cinco concedió la acción interpuesta, al considerar que no se puede aplicar la figura de la preexistencia al demandante por cuanto al momento de celebrarse el contrato de seguro, no se le practicó ningún tipo de examen médico a este con el fin de determinar en forma clara y precisa las enfermedades padecidas por el actor. Precisa que, teniendo como base los términos contractuales del contrato de seguro no puede ordenarse a la demandada que autorice la intervención quirúrgica puesto que, a lo que ha comprometido es a indemnizar al asegurado de conformidad con el tope del contrato y que el demandante debe procurar bajo la responsabilidad profesional de quien ha ordenado el procedimiento su práctica, con la seguridad de que en forma posterior le será reembolsado su valor sin que la entidad demandada pueda alegar preexistencia alguna ni excusarse a cumplir los términos de la

cobertura que anunció.

2. Segunda Instancia.

El Juzgado Cuarto Civil del Circuito de Medellín revoca la decisión anterior, al considerar que lo pretendido por el actor no puede ser debatido en sede de tutela, por cuanto la diferencia presentada lo es como consecuencia de la ejecución del contrato de seguro regida por el Código de Comercio y por ende otra será la vía adecuada para obtener decisión favorable al respecto, como lo es la jurisdicción ordinaria.

III. CONSIDERACIONES

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

Esta Sala de la Corte Constitucional es competente para revisar las decisiones proferidas dentro de la acción de tutela de la referencia, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política y en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema Jurídico.

De acuerdo con los hechos que han dado lugar a la controversia objeto de la presente acción

de tutela, le corresponde a esta Sala de Revisión establecer si los derechos del accionante a la salud en conexidad con la vida y la dignidad humana han sido conculcados por la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., con ocasión de la negativa a autorizar la cirugía de Varicocele Izquierdo que padece.

2.1 La acción de tutela contra particulares

En razón a que la tutela se interpuso contra una entidad de carácter particular, la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., es menester definir previamente si se cumplen las condiciones de procedencia de la tutela frente a particulares.

La acción de tutela procede contra particulares cuando se cumple al menos uno de los presupuestos consagrados en el artículo 86 de la Constitución Política y desarrollados en la Ley, artículo 42 del Decreto 2591 de 1991.

De acuerdo con tales disposiciones, la acción de tutela procede contra particulares en los siguientes casos: (a) cuando éstos presten un servicio público, (b) cuando con su conducta afecten grave y directamente el interés colectivo - frente a personas determinables -, y (c) cuando quien solicita la protección se encuentre en estado de subordinación o indefensión frente a ellos.

En el caso que nos ocupa, la acción de tutela se dirige contra la empresa “Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A.”, entidad de naturaleza privada que no tiene a su cargo la prestación de un servicio público específico, 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. Ello sin desconocer que, conforme lo ha señalado

la jurisprudencia “No obstante que los contratos de seguros médicos y hospitalarios se inscriben dentro del sistema general de seguridad social en salud, en la modalidad de planes adicionales, el objeto de un contrato de seguro como el que es materia de consideración en este caso, aunque puede tener repercusiones en el ámbito de la salud, no comporta actividades de prestación en ese campo”¹.

No podría afirmarse que el demandante se encuentre en relación de subordinación frente a la compañía aseguradora, en tanto no existe relación jurídica de dependencia, como si existe tratándose de un vínculo laboral o educativo. El asunto objeto de controversia alude a un contrato de Seguros en el que, en principio, se presume que existe equilibrio entre los suscribientes.

Analizada la indefensión, entendida como la imposibilidad de una persona en reaccionar o responder de manera efectiva a la violación de sus derechos fundamentales, se encuentra que el demandante no cuenta con recursos efectivos para oponerse a la actitud de la aseguradora respecto a la negativa de dar visto bueno para la cirugía requerida, lo cual vulnera el estado de salud del petente.

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, que es el caso de la entidad demandada 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.

Bajo estos supuestos es claro que el actor se encuentra en situación de indefensión frente a la entidad demandada y, en consecuencia, por este aspecto la tutela es procedente.

2.2. El derecho fundamental a la salud.

En relación con el derecho a la salud, la Corte ha señalado que prima facie, no es un derecho fundamental, habida consideración del carácter asistencial o prestacional que lo caracteriza. Sin embargo, la jurisprudencia de esta Corporación ha contemplado diversos escenarios donde, bien sea por conexidad, bien sea autónomamente, la salud adquiere el rango de derecho fundamental, y por lo tanto, es factible su protección a través del ejercicio de la acción de tutela.

Debe señalarse que en un primer plano el derecho a la salud ha sido considerado un derecho fundamental por conexidad con otros derechos fundamentales. La doctrina constitucional considera que los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que no siendo denominados como tales en la Constitución Política, les es reconocida esta condición en virtud de la íntima relación con otros derechos fundamentales, de manera que si los primeros no fueran protegidos en forma inmediata se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos. En el caso del derecho a la salud, que no siendo derecho fundamental, adquiere esta categoría cuando la desatención del enfermo amenaza con poner en peligro derechos como la vida, la integridad humana o la integridad física².

El derecho a la salud ha sido catalogado como derecho fundamental autónomo frente a menores de edad. La Constitución Política establece cláusulas de especial protección constitucional. Frente a ellos, la protección del derecho a la salud es reforzada debido al grado de vulnerabilidad e indefensión que, en ocasiones, deben afrontar³.

Finalmente, la Corte ha considerado el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo cuando una EPS se niega a la prestación de un servicio incluido en el POS y con dicha actuación se vulnera el derecho a la salud.

2.3. Del Contrato de Seguro en materia de salud.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

Por su parte, el artículo 1036 del Código de Comercio, se refiere al Contrato de Seguros señalando que: “El seguro es un contrato consensual, bilateral, oneroso, aleatorio y de ejecución sucesiva..” ⁶

Se observa que por su naturaleza se trata de un contrato sometido a las reglas del derecho privado. Es consensual porque se perfecciona por el mero consentimiento de las partes y produce sus efectos desde que se ha realizado la convención; es bilateral puesto que origina derechos y obligaciones entre asegurador y asegurado; es oneroso, en cuanto, compromete al primero a pagar el siniestro y al segundo a reconocer el valor de la prima y es aleatorio porque se refiere a la indemnización de una pérdida o de un daño producido por un acontecimiento o un hecho incierto, pues no se sabe si se va a producir y en el caso contrario - como ocurre con la muerte- no se sabe cuándo ello ha de acontecer.

Las características consignadas en el artículo 1036 del C. de Co. no son las únicas que identifican el contrato de seguros. Teniendo en cuenta las normas especiales que lo regulan, surgen otras que resultan relevantes como son: es un contrato en razón a la persona; es un contrato de adhesión y en el predomina el principio de la buena fe.

Aunque la buena fe debe estar presente en todos los negocios jurídicos, ésta adquiere un especial significado en materia de seguros. Esta Corporación, citando una jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, en Sentencia T-171 de 2003, expresó que: "... [d]el contrato de seguro se predica, como atributo que le pertenece, la "uberrimae bona fidei", no simplemente para significar que debe celebrarse de buena fe, desde luego que tal exigencia la reclaman específicos mandatos constitucionales (artículo 83 de la C.P.) y legales (artículo 863 del Código de Comercio, 1603 del Código Civil, entre otros), respecto de cualquier negocio jurídico, y en general, como regla de comportamiento a seguir en toda relación intersubjetiva con relevancia jurídica; sino para enfatizar que la misma - la buena fe - adquiere, dentro de la estructura de dicho contrato, una especial importancia, al paso que las repercusiones de la misma, examinadas siempre de manera rigurosa, se ofrecen en una muy variada gama de aplicaciones.⁷"

En el mismo fallo la Corte Constitucional precisó que, aún cuando en principio la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia enfatiza la buena fe en las cargas que debe asumir el asegurado, en realidad dicho principio se predica de las dos partes, es decir, tanto del tomador como del asegurador, teniendo en cuenta que se trata de un contrato de adhesión.

En suma, si en los contratos en general se exige la buena fe, en el contrato de seguro la exigencia es máxima: tanto en el solicitante como en el asegurador debe campear la pulcritud moral e intelectual.

Ahora bien, teniendo en cuenta que los contratos de seguros médicos pueden influir sobre los derechos fundamentales, sin desconocer su diferente naturaleza jurídica, la jurisprudencia constitucional ha considerado que por su origen y características “están sujetos, mutatis mutandi, a las mismas pautas interpretativas de los contratos de medicina prepagada.”⁸ Ello teniendo en cuenta que los dos, desde diferentes perspectivas, tienen como objeto la protección del derecho a la salud de los beneficiarios; e igualmente, que los dos son contratos de adhesión en los cuales la parte asegurada en el contrato de seguros o el tomador en el contrato de medicina prepagada, se adhieren a unas cláusulas previamente elaboradas y establecidas por la entidad aseguradora.

Sobre esta base, como los Contratos de Seguros y los de Medicina Prepagada se proyectan sobre los derechos fundamentales y pueden conducir a su afectación, frente a las controversias contractuales que puedan surgir, el juez constitucional habrá de adelantar la interpretación de las cláusulas del contrato dentro de la amplitud que a favor del usuario es posible predicar en razón de tratarse de un contrato de adhesión.

Haciendo una aproximación entre los contratos de Seguro en Salud y los contratos de Medicina Prepagada, esta Corporación en Sentencia SU-039 de 1998, citada en Sentencia T-171 de 2003, expresó: “...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, los cuales, en lo posible, no pueden exceder el marco delimitado por el ordenamiento jurídico en rigor, pero que requieren al igual que las situaciones no expresamente pactadas en estos contratos, aún cuando derivadas de la ejecución de los mismos, que la actuación de una y otra parte se adelante mediante una actitud de confianza y credulidad en el estricto cumplimiento de lo negociado y en la realización de las prestaciones en la forma esperada, según el objeto contratado, lo que en consecuencia demanda de una máxima expresión del principio de la buena fe para la interpretación del vínculo contractual y de los anexos que lo conforman integralmente, especialmente por ese carácter de adhesión que, como ya se dijo, se le reconoce a esta clase de contratación”.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

Ahora bien, teniendo en cuenta el principio de la buena fe y su carácter restrictivo en los contratos de adhesión, la Corte Constitucional ha precisado que en los contratos de Medicina Prepagada y de Seguros Médicos, al momento de realizar la afiliación o de suscribir el contrato, debe señalarse de manera taxativa y expresa las exclusiones médicas -entiéndase enfermedades o afecciones- respecto de las cuales no se dará cubrimiento alguno. Si esto no ocurre, no es posible que la compañía de medicina prepagada o la aseguradora puedan relevarse de la obligación de autorizar y cubrir los tratamientos o servicios médicos que el beneficiario o asegurador requieran, invocando o valiéndose de cláusulas ambiguas o generales, como por ejemplo aquellas que dicen excluir todas las enfermedades congénitas o todas las preexistencias. Por tratarse de un contrato de adhesión e imperar en ellos la buena fe reforzada, las cláusulas ambiguas y generales deben interpretarse a favor del beneficiario o asegurado y no en su contra¹⁰.

En efecto, en los contratos de adhesión, como es el caso de los contratos de medicina prepagada y de seguros en salud, no es posible interpretar los términos del contrato en perjuicio de los intereses del beneficiario o asegurado, a partir de dictámenes médicos

posteriores donde se afirme que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración. Aunque las compañías de medicina prepagada se comprometen a prestar un conjunto de servicios que cobijan diferentes aspectos de la salud, operan con base en principios similares a los que inspiran el contrato de seguro, en tanto en este último caso la cobertura del contrato, si bien no refiere propiamente a la prestación de servicios médicos, si conlleva el cubrimiento económico de los mismos. Como en ambos casos se trata de garantizar el cubrimiento de los percances y dolencias que afecten a los beneficiarios a partir de la celebración del contrato, están excluidos aquellos padecimientos anteriores al contrato, siempre y cuando estos aparezcan contenidos en sus cláusulas a manera de preexistencias o exclusión de servicio. No es, en consecuencia, constitucionalmente admisible la inclusión de una preexistencia o la negación de un servicio médico que no haya sido enunciado como tal en el contrato, ya que se presume la buena fe de las partes al momento de obligarse¹¹.

A este respecto, la Corte Constitucional ha precisado¹²:

“El contrato de medicina prepagada (1) se rige bajo los principios de libertad y buena fe contractual (art. 83 C.N.), en todos los estadios del proceso de contratación. Al suscribirse el contrato de afiliación al servicio (2) se deben especificar de manera expresa, taxativa y particular las enfermedades o afecciones -preexistencias- que, de acuerdo a la relación contractual, se van a excluir de la cobertura del seguro y de la obligación de prestación de determinados servicios, debido a que son preexistentes a la entrada en vigencia del negocio jurídico. Para garantizar lo anterior, (3) 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, (4) 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”.

Por eso, para los efectos de establecer la cobertura del contrato en uno y en otro caso, la jurisprudencia ha sostenido que cuando una persona ingrese al sistema de medicina prepagada o contrate un seguro en salud, la entidad aseguradora o de Medicina Prepagada están en el deber de exigirle al futuro afiliado la realización de completos y exhaustivos exámenes de ingreso. Los exámenes deben ser lo suficientemente rigurosos como para poder establecer con exactitud su condición física y por lo tanto las preexistencias o exclusiones respecto de las cuales no se dará cubrimiento alguno. Si no se practica el examen de ingreso, ni la Compañía de Medicina Prepagada ni la Compañía de Seguros Médicos pueden abstenerse de prestar o cubrir un servicio, alegando una preexistencia o una exclusión de servicio que no fue consecuencia del examen físico de ingreso y que no aparece expresamente contenido en el acto o contrato.

3. Caso Concreto.

La controversia planteada en el presente caso surge por la negativa de la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. para emitir orden de autorización con el fin de practicar la cirugía de “Varicocele Izquierdo” a favor del actor, aduciendo que se trata de una enfermedad preexistente, pues la evolución de la patología es anterior a la contratación del seguro.

De los hechos de la demanda se desprende que el actor suscribió un contrato de seguros médicos con la entidad demandada, en el cual no se dejó constancia de preexistencia alguna, en particular, relacionada con la enfermedad que padece el demandado: “Varicocele

Izquierdo”.

El demandante manifiesta que cuando efectuó la declaración sobre el estado de salud al momento de tomar el seguro no tuvo conocimiento ni sabía que padeciera de “Varicocele Izquierdo”.

Con respecto a lo anterior, ha de indicarse inicialmente que la aseguradora tiene la carga de estipular en el texto de la Póliza, en forma clara y expresa, las condiciones generales en donde se incluyan todos los elementos de la esencia del contrato y los que se consideren convenientes para determinar el riesgo asegurable, de forma tal que si se excluye alguna cobertura ésta deberá ser determinable para que en forma posterior la entidad aseguradora no pueda alegar en su favor las ambigüedades o vacíos del texto elaborado por ella.

En esos términos observados los documentos allegados con la demanda, se establece que la cirugía de “Varicocele Izquierdo” ordenada al actor no ha sido excluida expresamente de la cobertura del contrato de seguro¹³. Es más, no obra prueba de que al accionante, al momento de tomar el contrato de seguro, se le hubiere practicado examen de ingreso con el fin de establecer enfermedad alguna que en ese momento padeciera. En consecuencia, ha de concluirse que, en el contrato de seguro suscrito entre Andrés Múnera Vélez y la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., no se determinó preexistencia alguna. Tal aseveración cobra fuerza si tenemos en cuenta las afirmaciones efectuadas por el demandante, respecto que al momento de contratar el seguro no sabía ni era fácilmente detectable la enfermedad que padece, afirmaciones que, con base en el principio constitucional de la buena fe que debe restar presente en todas las actuaciones de los particulares, son y han de tenerse como ciertas¹⁴.

En este sentido hay que concluir dos cosas: (i) la carga de las preexistencias está en cabeza de la entidad aseguradora o de medicina prepagada y no del asegurado, constituyéndose en un imperativo jurídico que consten en el contrato y, (ii) que ante tal deficiencia hay que presumir la buena fe del actor, en el sentido de que al momento de tomar el seguro, no sabía ni conocía de la existencia de la enfermedad de “Varicocele Izquierdo”.

En este mismo sentido, al resolver un caso similar también promovido contra la entidad hoy demandada, esta Sala de Revisión en sentencia T-171 de 2003 expresó:

“Por otra parte, tampoco resulta de recibo, en una interpretación de buena fe del contrato, que la compañía accionada se niegue autorizar la cirugía que requiere la accionante, por cuanto si bien es cierto que la aseguradora no tiene la condición de una entidad prestadora del servicio de salud, ni puede disponer que se practique por su cuenta y bajo su responsabilidad el tratamiento requerido, no es menos cierto que la asegurada no estaría en condiciones de acceder al tratamiento que requiere si no tiene la certeza de que va a obtener el reembolso correspondiente, en los términos del contrato, por parte de la aseguradora. Lo que es más, conforme al contrato, en ciertos supuestos, corresponde a la aseguradora autorizar los tratamientos a realizarse o las condiciones en que ellos habrán de llevarse a cabo, como condición para que proceda el reembolso en los términos del contrato”.

Así, la acción interpuesta deberá ser concedida y por consiguiente la decisión de segunda instancia será revocada y en el evento en que el señor Andrés Múnera Vélez decida efectuarse la cirugía bajo su cuenta y la responsabilidad del médico tratante, la entidad aseguradora deberá rembolsar el valor de lo que corresponda hasta el monto del contrato,

sin que pueda oponerse exclusión respecto de dicho procedimiento.

Por los anteriores planteamientos, la decisión de segunda instancia será revocada, para en su lugar confirmar la sentencia de primera instancia.

IV. DECISIÓN.

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 la sentencia dictada por el juzgado Cuarto Civil del Circuito de Medellín el 5 de Octubre de 2005 y en su lugar CONFIRMAR la proferida por el Juzgado Segundo Civil Municipal de Medellín el 9 de agosto de 2005, en la demanda de acción de tutela interpuesta por Andrés Múnera Vélez contra la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A.

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

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

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado Ponente

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

1 Ver Sentencia T-171 de 2003.

2 Sentencia T-491 de 1992.

3 Ver entre otras las sentencias T-1081 de 2001, T-850 de 2002, T 859 de 2003 y T-666 de 2004.

4 Sentencia C-940-03

5 Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, Sentencia No. 002 del 24 de enero de 1.994, M.P. Dr. Carlos Esteban Jaramillo Schloss.

6 A su turno, la doctrina colombiana ha diseñado la siguiente noción para ese tipo de contrato “Es un contrato solemne, bilateral, oneroso y aleatorio (art. 1036), en que intervienen como partes el asegurador, persona jurídica que asume los riesgos (art. 1037, ord. 1º) y el tomador que, obrando por cuenta propia o por cuenta de tercero, traslada los riesgos (arts. 1037, ord. 2º y 1039), cuyos elementos esenciales son (art. 1045) el interés asegurable (arts. 1083 y 1137), el riesgo asegurable (art. 1054), la prima, cuyo pago impone a cargo del tomador (art. 1066) y la obligación condicional del asegurador que se transforma en real con el siniestro (art. 1072) y cuya solución debe aquel efectuar dentro del plazo legal (art.1080). (...)”Ossa G., J. Efrén. Teoría General del Seguro – El Contrato. Editorial Temis, Bogotá-Colombia 1.991, pág. 2.

7 C.S.J. Sentencia 231/00 [5473] M.P. Jorge Antonio Castillo Rugeles

8 Sentencia T-171/03

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

10 Sentencia SU-1554 de 2000.

11 Sentencia T-059 de 1997.

12 Sentencia SU-1554 de 2000.

13 Ver folios 31, 31 vto y 32 de la demanda de tutela.

14 Ver folios 43 y 44 de la demanda.