

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS-Procedencia

Se muestra como manifiesta en este caso la indefensión de la accionante, la cual tiene lugar cuando la persona afectada no está en condiciones de dar una respuesta efectiva ante la violación o la amenaza de sus derechos fundamentales. En efecto, la demandante no tiene la posibilidad de oponerse de manera eficaz a la actitud de la compañía, de la que se desprendería la afectación de los derechos fundamentales invocados, por cuanto la negativa de dar un visto bueno para la cirugía requerida, implicaría la imposibilidad de practicarla hasta tanto el asunto no fuese definido en un proceso judicial, lo cual dado el estado de salud de la accionante resultaría gravemente lesivo, o le impondría la necesidad de acudir al POS, circunstancia que privaría de sentido al contrato de seguro. Las entidades que ofrecen servicios de medicina prepagada o de seguros en el ámbito de la salud, están, por la naturaleza de las prestaciones a las que se comprometen, en posición de afectar derechos fundamentales, evento en el cual, independientemente de que la persona afectada, para preservar la salud, pueda acudir al Plan Obligatorio de Salud, sus derechos podrían ser protegidos por la vía de la tutela. Si la entidad contratista le niega al asegurado una prestación derivada del contrato que incida en un derecho fundamental, no puede imponérsele al afectado la necesidad de acudir al POS, cuando ha realizado una convención y una erogación económica para obtener la protección de su derecho por otra vía. La conducta de la entidad en tal hipótesis, en la medida en que comporte la violación de un derecho fundamental, es susceptible de controvertirse en sede de tutela.

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

Cuando en el ámbito de los planes complementarios de salud, el incumplimiento de la entidad que presta el servicio se manifiesta en la violación de un derecho fundamental, nos encontramos, por lo general, ante un problema de salud que por su magnitud y sus características no resultaría adecuadamente protegido por los medios de defensa alternativos, toda vez que acudir a ellos implicaría para el afectado tener que soportar por un periodo prolongado, las consecuencias negativas y en ocasiones irreversibles de su grave condición de salud. Para la Sala en ese supuesto, el juez de tutela debe resolver el fondo de la controversia, sin que sobre tal decisión quepa un ulterior pronunciamiento judicial. Por esta

razón, el amparo, cuando proceda, debe concederse de manera definitiva, pues el medio judicial alternativo no es idóneo para el efecto.

CONTRATO DE SEGURO EN SALUD Y PRINCIPIO DE LA BUENA FE-Alcance/CONTRATO DE ADHESION-Exclusiones en la póliza deben ser claras y expresas

Por tratarse de un contrato de adhesión, la aseguradora tiene la carga de consignar en el texto de la póliza, de manera clara y expresa, las exclusiones, sin que pueda luego alegar en su favor las ambigüedades o los vacíos del texto por ella preparado. Así, de los conceptos médicos que obran en el expediente, resulta claro que la obesidad mórbida tiene una condición patológica que permite distinguirla de la simple obesidad. Tal circunstancia, por si sola, habría bastado para que la exclusión de los tratamientos por obesidad mórbida, no pueda entenderse comprendida en la exclusión genérica de los tratamientos por obesidad. Pero adicionalmente, la aseguradora incluyó la exclusión por obesidad, que en su acepción común se refiere simplemente al sobrepeso, junto con otras que claramente tienen connotación estética, como el rejuvenecimiento y la cosmetología.

DERECHO A LA SALUD-Cirugía de banda gástrica por obesidad mórbida

La patología que sufre la accionante y el tratamiento que le ha sido prescrito para combatirla, no están comprendidos dentro de las exclusiones de la Póliza que tiene suscrita con la compañía aseguradora. 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.

Referencia: expediente T-656821

Accionante: María Isabel Salazar Potes

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

Magistrado Ponente:

Dr. RODRIGO ESCOBAR GIL

Bogotá, D. C., veinticuatro (24) de febrero de dos mil tres (2003).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Marco Gerardo Monroy Cabra, Eduardo Montealegre Lynett y Rodrigo Escobar Gil, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha pronunciado la siguiente

SENTENCIA

dentro del proceso de tutela identificado con el número de radicación T-656821, instaurado por María Isabel Salazar Potes actuando en nombre propio, en contra de la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. SURAMERICANA S.A.

I. ANTECEDENTES

1. La solicitud

La actora, mediante escrito de agosto 2 de 2002, interpuso acción de tutela en contra de la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., en adelante SURAMERICANA S.A., por cuanto considera que la negativa de ésta a autorizar una cirugía de banda gástrica que requiere vulnera su derecho a la salud en conexidad con la vida y la dignidad humana.

2. Información a la entidad demandada

Mediante Auto de agosto 5 de 2002, el Juzgado Tercero Civil Municipal de Manizales, admitió la acción de tutela y ordenó oficiar a SURAMERICANA S.A. para que rindiera informe sobre los hechos narrados por la accionante. Así mismo, dispuso que se tuvieran en cuenta las pruebas aportadas por la demandante.

3. Oposición a la demanda

SURAMERICANA S.A., obrando a través de apoderado, mediante escrito de agosto 12 de 2002, se opuso a la pretensión de la demanda de tutela.

4. Los hechos

4.1. La accionante se encuentra asegurada a través una Póliza de Seguro Familiar de Salud y Cirugía - Plan Global- con la compañía demandada, desde hace aproximadamente ocho años.

4.2. Desde hace cinco años ha venido padeciendo problemas de obesidad mórbida que le han ocasionado diabetes e hipertensión, alteración en el sistema locomotriz por lumbalgia y problemas de índole siquiátrico, razón por la cual solicitó a la aseguradora, en forma verbal, autorización para la realización de una cirugía de banda gástrica que le había sido recomendada por su médico tratante.

4.3. La compañía aseguradora se negó a autorizar la mencionada cirugía argumentando que no le corresponde expedir ese tipo de autorizaciones, pues la póliza opera por reembolso y, además, en forma expresa y clara se consagra en ella una exclusión para los tratamientos por obesidad.

4.4. La accionante manifiesta, por otra parte, que la EPS a la que se encuentra afiliada no realiza la cirugía que pretende en las condiciones que han sido recomendadas por su médico tratante.

5. Fundamento de la acción

Como fundamento de la acción, la actora presenta los siguientes argumentos:

5.1. Señala, en primer lugar, que la obesidad mórbida que padece tiene, tal como lo han certificado sus médicos tratantes, una condición patológica y que la cirugía que requiere no puede ser catalogada de estética, sino que, por el contrario, reviste importancia vital para su salud, en atención a las progresivas complicaciones que le ha ocasionado en materia de hipertensión y diabetes. Agrega que la condición de obesidad mórbida por virtud de la cual ha aumentado considerablemente de peso en los últimos cinco años le ha ocasionado

también lumbagias y afecta su capacidad de movilización y le impide desarrollar una vida plena en condiciones dignas.

5.2. Señala, por otra parte, que la EPS del Seguro Social a la que se encuentra afiliada, realiza en estos casos una cirugía más complicada, incómoda, y que requiere de una incapacidad más prolongada, lo cual repercutiría en su trabajo, razón que le impide acudir a esa opción.

6. Pretensión

La demandante expresa que su pretensión se encamina a obtener que la compañía aseguradora, disponga lo necesario para que se le realice la cirugía de banda gástrica que requiere.

7. Fundamento de la oposición

SURAMERICANA S.A. fundamentó su oposición en las siguientes consideraciones:

7.2. De acuerdo con el mencionado contrato, no le corresponde a SURAMERICANA expedir autorizaciones para realizar cirugías, ni disponer la práctica de las mismas, por cuanto la póliza opera por el sistema de reembolso, es decir, el asegurado asume el pago del tratamiento a realizarse y posteriormente presenta la reclamación a la aseguradora, acompañada de todas las facturas y recibos de pagos originales que hubiera sufragado teniendo como causa el tratamiento practicado.

7.3. La cirugía que requiere la señora Salazar Potes no está cubierta por la póliza, por cuanto se enmarca dentro de una expresa exclusión contractual, conforme a la cual están excluidos de la póliza los tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios por obesidad. Dicha exclusión señala:

“TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS Y/O AMBULATORIOS POR OBESIDAD, DIETAS, ADELGAZAMIENTO, REJUVENECIMIENTO, COSMETOLOGÍA, CÁMARA HIPERBÁRICA, ESCLEROTERAPIA, QUIROPAXIA.”

7.4. Las controversias en torno al alcance del contrato de seguros deben ventilarse ante la jurisdicción civil, y en este caso, la conducta de la compañía de seguros, en cuanto que responde a la ejecución del contrato en los términos de las estipulaciones contractuales y de la ley, no puede tenerse como violatoria de los derechos fundamentales de la accionante. Adicionalmente debe tenerse en cuenta que se trata de una controversia de alcance netamente patrimonial frente a la cual no procede la acción de tutela.

II. TRAMITE PROCESAL

1. Primera Instancia

El Juzgado Tercero Civil Municipal de Manizales, mediante Sentencia de Agosto 16 de 2002, negó el amparo solicitado por la actora, en atención a que su pretensión no se inscribe en el ámbito del contrato, pero puso de presente que la señora Salazar Potes, una vez se practique la cirugía de banda gástrica, podrá hacer el recobro a SURAMERICANA, de conformidad con lo establecido en la Póliza de Seguro Familiar de Salud y/o Cirugía – Plan Global-

A juicio del a quo, de las pruebas aportadas al proceso se colige que es incuestionable la afectación que tiene en la salud la accionante, pues padece de una obesidad mórbida catalogada como severa, la cual no sólo representa un problema de índole estético, sino que de no ser atendida oportunamente generaría otras enfermedades como lo indicó el endocrinólogo. Por tal razón, considera que el caso de la señora Salazar Potes no encaja dentro de las exclusiones señaladas en el numeral sexto de la póliza de seguros.

Sin embargo, advierte que la accionante solicitó en forma verbal la autorización y que tal evento no está contemplado en el mencionado contrato, que opera por el sistema de reclamación. Ello implica, agrega el juez, que la accionante debe inicialmente sufragar los gastos que genera la cirugía requerida y posteriormente hacer la reclamación como se prevé en la cláusula Novena de la póliza.

Concluye el juzgado que “[a]sí las cosas no es pertinente afirmar que haya conculcación de los derechos invocados por la tutelante por cuanto primero deberá agotar las vías señaladas al tenor de lo pactado.”

2. Impugnación

La accionante y el apoderado de la compañía accionada, impugnaron la decisión proferida por el a quo. La actora no presentó argumentos adicionales a los contenidos en la acción y SURAMERICANA expuso las siguientes razones:

- La Compañía no ha expresado que el tratamiento requerido por la actora tenga carácter de estético, sino que de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Salud Global es clara y expresa la exclusión para tratamientos hospitalarios o ambulatorios por obesidad.
- Establecer si la obesidad mórbida que afecta a la accionante encaja o no dentro de las exclusiones de la póliza, es, en el evento en que surja una controversia entre las partes sobre el particular, materia propia de un juicio por responsabilidad civil contractual, y no puede resolverse por el mecanismo especial de la tutela.
- El contenido del numeral segundo del fallo de tutela es incongruente con las pretensiones, debido a que la tutelante pretende que se disponga lo pertinente a fin de que se le realice la cirugía de banda gástrica que requiere y en el mencionado numeral del fallo se le indica a la accionante que una vez se practique la cirugía podrá hacer el recobro a la SURAMERICANA, aspecto que no encaja dentro de las pretensiones invocadas.

3. Segunda Instancia

El Juzgado Quinto Civil del Circuito de Manizales, mediante Sentencia de septiembre 19 de 2002, revocó el numeral segundo del fallo de primera instancia con base en los siguientes argumentos:

- El objeto del plan adicional a través de pólizas de salud, es brindar mayor comodidad a los usuarios de los servicios de salud, ya que los procedimientos y beneficios del POS, ofrecen cobertura total, posiblemente con menos tecnología en algunos casos, como en el del procedimiento quirúrgico para la obesidad, y por ello no es dable alegar afectación a la salud cuando es claro que tal problema tiene señalado soluciones que pueden exigirse a la EPS, sin tener que recurrir al mecanismo excepcional de la tutela para discutir las cláusulas de un contrato.

- El amparo deprecado no está llamado a prosperar por cuanto no es posible obligar a una entidad aseguradora a pagar o a asumir un siniestro, como lo ordenó el a quo. Por otro lado, resulta incoherente el primer pronunciamiento del fallo de tutela con el del numeral siguiente, pues pese a negar la acción tutelar autoriza a la accionante para hacer el recobro a la compañía demandada, imponiendo prácticamente una obligación contractual dentro de una tutela, cuyo contenido nunca puede ser el de cubrir obligaciones dinerarias fruto de un contrato.

III. FUNDAMENTOS JURIDICOS

1. Competencia

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

2. Procedencia de la acción de tutela

2.1. Legitimación activa

La acción de tutela se interpone por una persona natural que actúa directamente para la defensa de sus derechos fundamentales que estima vulnerados y quien por consiguiente se encuentra legitimada para hacerlo, conforme al artículo 86 de la Carta y el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991.

2.2. Legitimación pasiva

La acción se interpuso frente a la conducta de la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., entidad de carácter particular, circunstancia que impone la necesidad de establecer si se está en uno de los eventos 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.

Así, dispone la Constitución que la ley señalará los casos de procedencia de la acción de tutela contra particulares, (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 e indefensión frente a ellos.

En el caso sujeto a examen es claro que no está de por medio la afectación del interés colectivo y, en principio, la entidad demandada no lo ha sido en función de una actividad de servicio público, dado que la controversia gira en torno a la aplicación de un contrato de seguro. 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.

Tampoco puede predicarse en este caso que la accionante se encuentre en condiciones de subordinación respecto de la accionada, por cuanto esta situación se presenta cuando existe una relación jurídica de dependencia originada en la obligatoriedad emanada de un orden jurídico o social determinado, circunstancia que no se da cuando la controversia gira en torno a las condiciones de un contrato de seguro.

Encuentra la Sala, en cambio, que se muestra como manifiesta en este caso la indefensión de la accionante, la cual tiene lugar cuando la persona afectada no está en condiciones de dar una respuesta efectiva ante la violación o la amenaza de sus derechos fundamentales. En efecto, la demandante no tiene la posibilidad de oponerse de manera eficaz a la actitud de la compañía, de la que se desprendería la afectación de los derechos fundamentales invocados, por cuanto la negativa de dar un visto bueno para la cirugía requerida, implicaría la imposibilidad de practicarla hasta tanto el asunto no fuese definido en un proceso judicial, lo cual dado el estado de salud de la accionante resultaría gravemente lesivo, o le impondría la necesidad de acudir al POS, circunstancia que privaría de sentido al contrato de seguro.

2.3. Existencia de otros recursos o medios de defensa judiciales

La acción de tutela tiene carácter residual y subsidiario y por tanto no está llamada a operar como mecanismo alternativo o sustituto de las vías judiciales ordinarias previstas en el ordenamiento para la protección de los derechos. Ella sólo procede cuando el medio de defensa judicial alternativo carezca de idoneidad o eficacia para cumplir con el propósito de protección de los derechos, o cuando acudir al mismo pueda dar lugar a que se configure un perjuicio irremediable.

Por regla general, los conflictos derivados de la celebración, ejecución o terminación de los contratos, deben dirimirse por la jurisdicción ordinaria y las vías procesales previstas en el ordenamiento para la solución de las controversias contractuales tiene la aptitud para brindar plena y efectiva protección para los derechos fundamentales que puedan encontrarse en juego. Tales controversias, por consiguiente, en principio, resultan ajenas al juez de tutela, salvo cuando su intervención, para brindar un amparo transitorio, busque impedir la materialización de un perjuicio irremediable.

Sin embargo, de manera reiterada la jurisprudencia de la Corte ha señalado que la efectividad de las vías judiciales alternativas para la protección de los derechos fundamentales, debe apreciarse en concreto, en función de las particularidades de cada caso.

De manera general, la Corte, al referirse a los contratos que hacen parte de los planes complementarios de salud, en especial a los contratos de medicina prepagada, pero también a los de seguros médicos, ha señalado que si bien en tales casos las controversias contractuales tienen previstos mecanismos judiciales alternos, para la protección de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados en desarrollo de estos tipos particulares de contratos, puede ser procedente el amparo por la vía de la acción de tutela. En particular, al referirse a los contratos de seguro médico, precisó la Corte que es necesario indagar sobre la naturaleza de la controversia que de lugar a la solicitud de amparo, por cuanto que si ésta se circunscribe al campo patrimonial, el asunto debe dirimirse por la justicia ordinaria, pero si está de por medio una afectación de los derechos fundamentales, podría ser viable el amparo.¹

Observa la Sala que las entidades que ofrecen servicios de medicina prepagada o de seguros en el ámbito de la salud, están, por la naturaleza de las prestaciones a las que se

comprometen, en posición de afectar derechos fundamentales, evento en el cual, independientemente de que la persona afectada, para preservar la salud, pueda acudir al Plan Obligatorio de Salud, sus derechos podrían ser protegidos por la vía de la tutela. Si la entidad contratista le niega al asegurado una prestación derivada del contrato que incida en un derecho fundamental, no puede imponérsele al afectado la necesidad de acudir al POS, cuando ha realizado una convención y una erogación económica para obtener la protección de su derecho por otra vía. La conducta de la entidad en tal hipótesis, en la medida en que comporte la violación de un derecho fundamental, es susceptible de controvertirse en sede de tutela.

En tales eventos, esto es, cuando en el ámbito de los planes complementarios de salud, el incumplimiento de la entidad que presta el servicio se manifiesta en la violación de un derecho fundamental, nos encontramos, por lo general, ante un problema de salud que por su magnitud y sus características no resultaría adecuadamente protegido por los medios de defensa alternativos, toda vez que acudir a ellos implicaría para el afectado tener que soportar por un periodo prolongado, las consecuencias negativas y en ocasiones irreversibles de su grave condición de salud. Para la Sala en ese supuesto, el juez de tutela debe resolver el fondo de la controversia, sin que sobre tal decisión quepa un ulterior pronunciamiento judicial. Por esta razón, el amparo, cuando proceda, debe concederse de manera definitiva, pues el medio judicial alternativo no es idóneo para el efecto.

En el caso concreto resulta claro para la Sala que, ante la eventual violación de los derechos fundamentales de la accionante, la vía judicial alternativa no es idónea, porque acudir a ella comportaría, o tener que soportar por un periodo prolongado una condición de salud que es grave, o acudir al POS, lo que significaría que se estableciera que la conducta de la accionada es violatoria de los derechos fundamentales de la accionada, la posterior acción judicial carecería de significación desde esa perspectiva.

2.4. Por las anteriores consideraciones encuentra la Sala que en este caso procede un estudio de fondo del amparo solicitado.

3. La materia sujeta a examen

En el presente caso es necesario establecer si los derechos de la accionante a la salud en conexidad con la vida y la dignidad humana han sido conculcados por SURAMERICANA S.A., con ocasión de la negativa a autorizar la cirugía de banda gástrica que requiere en razón de la obesidad mórbida que padece.

Encuentra la Sala que el amparo solicitado impone la necesidad de resolver los siguientes problemas jurídicos:

1. Debe determinarse si la obesidad mórbida severa que padece la accionante compromete su derecho a la salud, en conexión con la vida y la dignidad de la persona humana, de tal manera que por estar comprometidos derechos fundamentales, sea procedente el amparo.

1. Debe establecerse si, por tratarse de una póliza que opera por el sistema de reembolso, no cabe la previa autorización de la compañía aseguradora para el tratamiento requerido por la accionante, y si, por consiguiente, la controversia sobre la cobertura de la póliza sólo puede plantearse una vez tal tratamiento se haya cumplido por cuenta de la accionante.

1. Finalmente, es necesario determinar si, de acuerdo con el contrato, la cirugía requerida por la accionante se encuentra excluida de la cobertura de la póliza.

Para abordar los problemas planteados, la Sala se referirá en primer lugar al derecho a la salud en conexidad con los derechos fundamentales, para abordar después el estudio de los contratos de seguro de salud desde la perspectiva de la buena fe.

4. Consideraciones de la Sala

4.1. Derecho a la salud

Se ha entendido como derecho a la salud “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad

mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento”.²

Según jurisprudencia reiterada de la Corte se ha considerado que el derecho a la salud es un derecho prestacional, a menos que se encuentre en conexidad con el derecho a la vida, evento en el cual adquiere el carácter de fundamental.

En la Sentencia T-1036/00, sobre el particular se puntualizó:

” ... Esta Corporación ha sostenido, que si bien el derecho a la salud no es en sí mismo un derecho fundamental³, si puede llegar a ser efectivamente protegido, cuando la inescindibilidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida hagan necesario garantizar éste último, a través de la recuperación del primero, a fin de asegurar el amparo de las personas y de su dignidad.⁴ De ahí que el derecho a la salud sea un derecho protegido constitucionalmente⁵, en los eventos en que por conexidad, su perturbación pone en peligro o acarrea la vulneración de la vida u otros derechos fundamentales de las personas⁶. Por consiguiente, la atención idónea y oportuna, los tratamientos médicos, las cirugías, la entrega de medicamentos, etc., pueden ser objeto de protección por vía de tutela, en situaciones en que la salud adquiere por conexidad con el derecho a la vida, el carácter de derecho fundamental”.

Por otro lado, la jurisprudencia de la Corte ha puntualizado que el derecho a la vida no consiste en la conservación simple de las funciones corporales sino que implica, además, que el titular alcance un estado lo más lejano posible al sufrimiento y que, en consecuencia, pueda desempeñarse en sociedad en forma normal con una óptima calidad de vida.

En efecto, se ha considerado que toda situación que haga de la existencia del individuo un sufrimiento es contraria al derecho constitucional fundamental a la vida – entendido como el derecho a existir con dignidad- “y que por más que no suponga necesariamente el deceso de la persona y aún cuando no sea éste el caso, procede la intervención del juez de tutela para restablecer al titular en el goce pleno de su derecho, según las circunstancias del asunto puesto a consideración” ⁷.

En el caso que ocupa la atención de la Sala encuentra cabal aplicación la jurisprudencia que

se acaba de reseñar. En efecto, las pruebas que obran en el expediente permiten concluir que la accionante, desde hace cinco años, padece de obesidad mórbida, la cual ha sido considerada por los médicos tratantes como una condición patológica muy severa, con un sobrepeso mayor del 50%⁸, la cual le ha generado además problemas articulares, de diabetes, de hipertensión arterial, e incluso complicaciones de índole siquiátrica⁹.

Es claro que los problemas que viene sufriendo la demandante como consecuencia de la enfermedad que padece, afectan no solo su condición corporal, con riesgo incluso para su vida, sino que repercuten en su capacidad para afrontar de manera plena y con dignidad sus relaciones personales, familiares y laborales, lo cual amerita la intervención de juez de tutela, para que en el evento de establecerse que la afectación de los derechos fundamentales de la accionante proviene de la acción u omisión de la accionada, brinde la protección constitucional que se ha solicitado.

4.2. Los contratos de seguro en el ámbito de la salud

La Corte Suprema de Justicia ha expresado 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.”¹⁰

Si bien en la Sentencia que se ha citado, la Corte Suprema enfatizó en las cargas que con arreglo a la buena fe se predicen del tomador, el mismo principio resulta aplicable al asegurador, máxime si se tiene en cuenta que se trata de contratos por adhesión.

Así, esta Corporación, al referirse a los contratos de medicina prepagada, ha estimado que dado el carácter de adhesión que ellos tienen, se demanda de una máxima expresión del

principio de la buena fe para la interpretación del vínculo contractual y de los anexos que lo conforman. En la Sentencia SU-039 de 1998, sobre este particular, se dijo:

“ ... 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”¹¹ 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.

Aprecia la Sala que el anterior razonamiento es aplicable a los contratos de seguros en salud, no obstante que, tal como lo ha puesto de presente la Corte, “... 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...”

Pese a la mencionada diferencia, los contratos de seguros en el ámbito de la salud, pueden tener incidencia indirecta sobre los derechos fundamentales, y por su naturaleza y características están sujetos, *mutatis mutandi*, a las mismas pautas interpretativas de los contratos de medicina prepagada.

Dado que se trata de una controversia contractual con efecto sobre los derechos fundamentales, 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 contratos de adhesión.

En el presente caso la controversia se ha planteado porque frente a la pretensión de la accionante de que la Aseguradora le autorice la realización de una cirugía de banda gástrica que requiere como tratamiento para la obesidad mórbida que la afecta, ésta ha expresado que no le es posible autorizar la intervención quirúrgica mencionada toda vez que la póliza de Seguro Familiar de Salud y/o Cirugía – Plan Global- celebrada con la actora opera mediante reembolso y no tiene cobertura para los tratamientos de obesidad.

Encuentra la Sala que la interpretación que hace la aseguradora no se aviene a los postulados de la buena fe, por las siguientes razones:

Por tratarse de un contrato de adhesión, la aseguradora tiene la carga de consignar en el texto de la póliza, de manera clara y expresa, las exclusiones, sin que pueda luego alegar en su favor las ambigüedades o los vacíos del texto por ella preparado.

Así, de los conceptos médicos que obran en el expediente, resulta claro que la obesidad mórbida tiene una condición patológica que permite distinguirla de la simple obesidad. Tal circunstancia, por si sola, habría bastado para que la exclusión de los tratamientos por obesidad mórbida, no pueda entenderse comprendida en la exclusión genérica de los tratamientos por obesidad.

Pero adicionalmente, la aseguradora incluyó la exclusión por obesidad, que en su acepción común se refiere simplemente al sobrepeso¹², junto con otras que claramente tienen connotación estética, como el rejuvenecimiento y la cosmetología.

En ese contexto, para el observador desprevenido, los tratamientos excluidos parecerían estar referidos a procedimientos más o menos recurrentes, vinculados, en general, a la voluntad de la persona que accede a ellos, como condición para mejorar su apariencia o su estado general de salud, pero sin las urgencias de una patología grave.

Difícilmente puede encuadrarse en el anterior esquema, la situación de una persona que, como la accionante, ha padecido un dramático incremento en su masa corporal; sufre de una condición patológica calificada como severa por sus médicos y que tiene claras y progresivas repercusiones en otros ámbitos de la salud, al punto de que puede, incluso, comprometer su vida¹³; que ha agotado sin éxito los tratamientos convencionales y que para afrontar su situación está dispuesta a someterse a un tratamiento quirúrgico, que dista mucho de la nociones de recurrencia y voluntariedad que parecerían caracterizar las exclusiones previstas en la póliza.

Encuentra, por consiguiente, la Sala, que la patología que sufre la accionante y el tratamiento que le ha sido prescrito para combatirla, no están comprendidos dentro de las exclusiones de la Póliza que tiene suscrita con la compañía aseguradora.

De esta manera, tal como en un caso similar dispuso la Corte 14, si bien, dada la naturaleza de la entidad demandada y los términos del contrato, no es posible ordenar a SURAMERICANA S.A. que disponga o autorice la realización del tratamiento requerido por la accionante, si cabe disponer que, en el evento en que la actora, por su propia cuenta y bajo la responsabilidad de sus médicos tratantes, decida que se le practique la cirugía, SURAMERICANA S.A., supuesto el cumplimiento de las demás condiciones contractuales, deba reembolsar el valor de lo que corresponda, hasta el tope del contrato, sin que pueda oponer al efecto la exclusión de los tratamientos por obesidad.

IV. 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 la parte considerativa del presente

fallo, las Sentencias proferidas dentro de este proceso por el Juzgado Tercero Civil Municipal de Manizales y por el Juzgado Quinto Civil del Circuito de Manizales.

SEGUNDO. CONCEDER la tutela para la protección del derecho a la salud en conexidad con la vida y la dignidad de la señora María Isabel Salazar Potes.

TERCERO. DISPONER que la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., al aplicar los términos del contrato de seguro suscrito con la señora María Isabel Salazar Potes, no podrá oponer como exclusión frente al reclamo que se le presente en relación con la cirugía de banda gástrica requerida por la accionante, los tratamientos por obesidad previstos en la cláusula sexta de la póliza de seguros, en los términos de esta providencia.

CUARTO. SURTASE el trámite previsto 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

EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MENDEZ

Secretaria General

2 Sentencia T-597 de 1993. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

3 Corte Constitucional. T- 395 de 1998; T- 076 de 1999; T-231 de 1999. M.P. Alejandro

Martínez Caballero.

4 Ver Sentencia No T-271 de 1995. Sentencia T-494 de 1993. Sentencia T- 395/98.

5 Al respecto se deben consultar las sentencias SU- 111 de 1997 ; Su-039 de 1998 ; T-236 de 1998 ; T-395 de 1998 ; T-489 de 1998 : T-560 de 1998, T-171 de 1999, entre otras.

6 Ver Sentencia No T-271 de 1995. M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero y Sentencia T-494 de 1993. M.P .Dr. Vladimiro Naranjo Mesa.

7 Sentencia T-574/94.

8 En el folio 112 del expediente de tutela aparece la declaración rendida por Humberto Ignacio Franco Betancur, médico que ha atendido a la accionante a través de SURAMERICANA. Señala el facultativo que la paciente padece de una obesidad muy severa con una obesidad superior al 50%.

9 En el folio 114 del expediente de tutela en declaración rendida ante el juez de primera instancia, Lázaro Antonio Arango Molano, señala que la obesidad que padece la señora Salazar Potes es considerada como mórbida, la cual es una categoría especial de obeso y que se caracteriza por tener un sobrepeso y un índice de masa corporal superior al 35%. Indica que hay varias alternativas en el manejo de la obesidad mórbida. La primera, es el balón gástrico para pacientes con obesidades leves o moderadas sin morbilidad. En segundo lugar existen las cirugías receptivas gástricas para los obesos moderados mórbidos o severos mórbidos y en tercer lugar existe la denominada cirugía de banda gástrica para pacientes con obesidad severa que no son compulsivos, concluye que esta intervención es la más indicada para la accionante porque además de sus múltiples beneficios es la que menos complicaciones tiene.

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

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

12 El diccionario de la real Academia Española de la Lengua define la obesidad como

“Cualidad de obeso”, y esta última expresión como la que se predica “... de la persona que tiene gordura en demasía”.

13 La obesidad mórbida, en cuanto que comporta problemas cardiacos y de diabetes, incrementa el riesgo de muerte, y en general disminuye la expectativa de vida.

14 Sentencia T-118 de 2000, M.P., José Gregorio Hernández Galindo. En esa sentencia, la Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional decidió conceder el amparo que había sido solicitado frente una Compañía de seguros que para negar la pretensión del asegurado alegó la presencia de una preexistencia.