

ACCION DE TUTELA CONTRA EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Procedencia

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Exclusión expresa de enfermedades, medicamentos, procedimientos y tratamientos médicos

Teniendo en cuenta que las partes deben sujetarse con rigor a las prestaciones y obligaciones que se encuentren consagradas a lo largo del documento contractual y los anexos que lo complementen o modifiquen, es claro concluir que cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de las coberturas del contrato, deberá ser asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada. En éste punto es del caso recordar, que las entidades de medicina prepagada cuentan con un mecanismo que les permite establecer aquellas enfermedades que tienen el carácter de preexistentes o congénitas, y que se encuentran sujetas a resultar excluidas de su cobertura. Tal soporte se concreta en la realización previa a la suscripción del contrato, de un examen médico integral de ingreso respecto de los usuarios y beneficiarios de sus planes de salud.

EMPRESA PROMOTORA DE SALUD-Responsabilidad frente a prestación de servicios del POS cuando se tiene contratado un PAS

La Corte se permite anotar que si bien es loable el interés de las entidades de medicina prepagada que cuentan también con E.P.S., en ofrecer igualmente la prestación de servicios de salud en la E.P.S. correspondiente en aquellos eventos en los cuales la entidad de medicina prepagada se niega a prestar un determinado servicio aduciendo que no es parte del contrato, la Corte recuerda que el usuario es libre de escoger entre el P.O.S. o el P.A.S. contratados, acudiendo a las empresas respectivas que prestan uno y otro plan, sin que cada una de ellas pueda escudar su responsabilidad en la otra, salvo que dentro de las coberturas específicas de cada uno de los planes el procedimiento, tratamiento o medicamento requerido por el usuario se encuentre expresamente excluido.

DERECHO A LA SALUD DE MENOR DE EDAD EN CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Obligación de prestar atención médica

Verificado el proceder que reiteradamente ha venido asumiendo COLSANITAS en relación con

la negativa para prestar el servicio de salud al menor accionante, ocurrido en relación con el Síndrome de Sturge Weber – patología ésta que sólo fue atendida por la entidad demandante mediante orden emitida por un juez de tutela- la Corte considera que en adelante COLSANITAS no puede seguir soslayando su obligación frente a las coberturas del contrato suscrito con la madre del menor, teniendo en cuenta que no pactó expresamente ninguna exclusión específica. Advierte por igual la Corte, que la amenaza sobre los derechos a la salud y la vida del menor, aún permanece, por cuanto COLSANITAS insiste en carta enviada a los padres del menor, que no cubrirá los gastos futuros generados con las demás patologías que se asocien al mencionado Síndrome, pues sólo cumplió con la intervención quirúrgica en cumplimiento a la tutela de primera instancia, y porque no tiene duda de que el menor padece una enfermedad congénita excluida del contrato. Para evitar que tal situación persista y que los derechos del menor se infrinjan permanentemente, la Corte deja claro que la sentencia de primera instancia es la que merece confirmarse en este caso, y por lo tanto, la protección a la enfermedad del menor, que no puede predicarse excluida del contrato de medicina prepagada, es integral y cubre todas las patologías que de ella puedan derivarse.

Reiteración de Jurisprudencia

Acción de tutela instaurada por Adriana Elsa Bolívar Cortes como agente oficiosa de su hijo Juan Camilo Moncada Bolívar contra Colsanitas S.A.

Magistrado Ponente:

Dr. RODRIGO ESCOBAR GIL

Bogotá, D. C., tres (3) de marzo de dos mil cuatro (2004).

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

SENTENCIA

dentro del proceso de revisión del fallo proferido por los Juzgados Treinta y Nueve Civil Municipal de Bogotá D. C. y Doce Civil del Circuito de la misma ciudad, en el trámite de la acción de tutela instaurada por Adriana Elsa Bolívar Cortes quien obra como agente oficiosa

de su hijo Juan Camilo Moncada Bolívar contra COLSANITAS S.A.

I. ANTECEDENTES.

La señora Adriana Elsa Bolívar Cortes interpuso acción de tutela contra COLSANITAS S.A. por considerar vulnerados los derechos fundamentales de su hijo Juan Camilo Moncada Bolívar, a la vida, la integridad física y la salud consagrados en favor de los niños en el artículo 44 de la Constitución Política, en razón a que esa entidad se niega a prestar los servicios de salud necesarios para la atención del menor, al considerar que su patología es una preexistencia no amparada por el contrato de medicina prepagada suscrito entre las partes.

La demanda aparece articulada bajo el siguiente relato fáctico:

Desde 1991 suscribió con su esposo, un contrato familiar de servicios de medicina prepagada con COLSANITAS y bajo su ejecución, nació el menor Juan Camilo Moncada Bolívar, una vez practicados los controles prenatales respectivos ordenados por los médicos adscritos a la entidad demandada.

En el año 2000, cuando su hijo tenía 9 meses de edad, presentó una crisis convulsiva, siendo atendido en el Clinicentro Pediátrico de COLSANITAS ubicado en la calle 125, donde le fueron practicados una serie de exámenes (TAC, electroencefalogramas, resonancias, entre otros) que fueron cubiertos en su integridad por el citado contrato. En el año 2001 el menor sufrió otra crisis convulsiva, siendo hospitalizado en la Clínica Reina Sofía de COLSANITAS para realizarle nuevos estudios a fin de diagnosticar su enfermedad, atención que también fue cubierta por COLSANITAS Medicina Prepagada.

Posteriormente, el 19 de febrero de 2003 el menor fue ingresado de urgencias a la Clínica Reina Sofía por presentar una crisis convulsiva con Hemiparecia, recibiendo la atención requerida y obteniendo la orden médica de permanecer en observación de urgencias pediátricas. No obstante, al día siguiente ante una nueva crisis convulsiva, el médico de turno, ordenó su hospitalización inmediata, la cual fue negada por la Jefe de Enfermeras, según concepto del Dr. Germán Soler, el cual señalaba que de conformidad con los estudios médicos, la enfermedad que sufría su hijo era una preexistencia, que no podía ser asumida

por éste centro hospitalario sino por la E.P.S. Sanitas.

Ante la necesidad de realizar un tratamiento inmediato al menor, sus padres acudieron a la Clínica Cardío Infantil, según remisión ordenada por la Clínica Reina Sofía, sin que se le prestara una atención adecuada.

En carta dirigida a la Directora de Servicios Médicos de COLSANITAS, la demandante solicitó se le explicara el por qué de la negativa de continuar prestando los servicios de salud requeridos por el menor, obteniendo como respuesta que de acuerdo con los datos registrados en la historia clínica expedida por el Doctor Humberto Rivera, profesional en pediatría y quien atendió a su hijo el 19 de febrero de 2003, los diagnósticos que motivaron su hospitalización fueron i) Síndrome de Sturge Weber y ii) epilepsia parcial motora secundaria, entendiendo que la primera de las patologías mencionadas es de origen congénito y la segunda secundaria a éste. Igualmente se le indicó que los servicios prestados al menor con anterioridad fueron cubiertos por el contrato de medicina prepagada pero “en razón a que en ese momento no estaba clara la etiología de la epilepsia”. Concluyó que los servicios se encuentran limitados de cobertura de acuerdo a lo estipulado en el contrato de medicina prepagada, cláusula cuarta sobre exclusiones o limitaciones contractuales, numeral 1.1., por lo cual gestionarían el trámite de los servicios médicos que requiera el menor derivados de esa patología a través de la EPS Sanitas a la cual se encuentra afiliado.

En el mes de abril de 2003, se detectó en el menor una patología adicional denominada Siringo-Hidromelia (Síndrome de Arnold-Chiari), la cual en concepto de los médicos neuropediatra y neurocirujano de COLSANITAS requiere de un tratamiento quirúrgico urgente para garantizar la vida de su hijo. Tal intervención quirúrgica fue requerida ante el Comité de Excepción de la entidad, obteniendo como respuesta que la cirugía solicitada está directamente relacionada con la patología “Síndrome de Sturge Weber”, de origen congénito, por lo que su cobertura se encuentra limitada en el contrato de medicina prepagada de acuerdo a lo estipulado en la cláusula cuarta, numeral 1, ordinal 1.1., sugiriendo realizar tal solicitud ante la E.P.S Sanitas.

Sin embargo, en respuesta a un derecho de petición formulado ante COLSANITAS por los padres del menor con miras a conocer la razón por la cual era negada la práctica de la cirugía, la Directora de Servicios Médicos de la entidad informó, que “el caso fue revisado

por el Comité de especialidad de Neurocirugía, realizado el 2 de julio de 2003, conceptuando que es necesario evaluar todas las imágenes diagnósticas que se le hayan practicado al usuario”, solicitándoles que hicieran llegar los exámenes radiológicos a su oficina para continuar con el estudio del caso, lo cual, a juicio de la demandante resultó inadmisibile si se tiene en cuenta que toda la historia clínica del menor desde su nacimiento reposaba en la entidad demandada.

Señala la demanda que COLSANITAS al negarse a prestar la atención médica requerida por el menor, vulnera sus derechos fundamentales a la salud, la vida y la integridad personal, pues la enfermedad diagnosticada a su hijo: Síndrome de Sturge Weber, y demás patologías derivadas de éste, no pueden ser consideradas como preexistencias del contrato familiar de medicina prepagada suscrito, por cuanto no quedaron contempladas en forma expresa. En consecuencia, solicita se ordene a COLSANITAS que preste “la atención, tratamiento y todo lo que se requiera para el cuidado de la enfermedad Síndrome de Sturge Weber, así como todas las patologías que puedan asociarse a tan grave enfermedad”.

I. INTERVENCIÓN DE LA ENTIDAD ACCIONADA.

El representante legal de la Compañía de Medicina Prepagada COLSANITAS S.A., confirmó que el menor Juan Camilo Moncada Bolívar se encuentra vinculado como usuario de COLSANITAS S.A., mediante el contrato familiar de Medicina Prepagada No. 1010-111439 suscrito con su padre Evelio Moncada, contrato en cuya ejecución le fue diagnosticada “la enfermedad congénita Síndrome de Arnold Chiary”, para lo cual su médico tratante, Dr. Carlos Eduardo Martínez, le prescribió la realización del procedimiento quirúrgico corrección de Arnold Chiary.

Señala que la atención en salud ha venido siendo prestada por la entidad desde el inicio de los síntomas de su enfermedad hasta el diagnóstico de la misma, y sólo con posterioridad a ello, fue remitido a la E.P.S. Sanitas S.A. quien le ha brindado todos los servicios requeridos, incluyendo la autorización de la cirugía que se solicita en la presente acción de tutela, expedida el 23 de abril de 2003, sin que los padres del menor hayan realizado los trámites necesarios para ello.

Alega que no resulta procedente para COLSANITAS S.A. realizar el cubrimiento de la cirugía reclamada, por cuanto se trata de una enfermedad congénita que se encuentra excluida del contrato suscrito, de conformidad con el numeral 1.3 de la Cláusula Cuarta del mismo, la cual estipula:

“Cláusula Cuarta.- Exclusiones o limitaciones contractuales:

1. COLSANITAS S.A. excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos:

“1.3 Enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes a la fecha de afiliación de un usuario al contrato, declaradas o no, conocidas o no por el usuario, así como aquellas que puedan derivarse de estas, sin perjuicio de que se puedan diagnosticar durante la ejecución del contrato, sobre bases científicas sólidas. El Contratante en nombre propio y en el de los usuarios en cuyo favor estipula y/o cada uno de estos o sus Representantes Legales, o el titular de cada grupo familiar deben manifestar al momento de suscribir la solicitud de afiliación, si padecen o han padecido afecciones, lesiones o enfermedades recidivas o que requieran o hubieran requerido estudios, investigaciones o tratamientos clínicos, quirúrgicos o de rehabilitación a base de drogas u otros agentes externos.

“Expresándolo así la afección se tendrá como preexistente y, en consecuencia, ajena a las prestaciones contractuales pactadas. En caso de preexistencias, COLSANITAS S.A. se reserva el derecho de aceptar o de negar el ingreso del usuario en cuestión o del grupo de usuarios, y aceptándolo se entenderá incorporada al contrato la Cláusula de Exención para COLSANITAS S.A. en cuanto a la prestación de servicios relativos a la preexistencia o afecciones derivadas de la misma, respecto de las declaradas y de las que se llegaren a determinar con posterioridad.”

Agrega que en aplicación del artículo 233 de la Ley 100 de 1993, es la Superintendencia Nacional de Salud quien debe resolver administrativamente las diferencias que se presenten en materia de preexistencias en el sector salud.

Finalmente concluye señalando, que debido a que los contratos de medicina prepagada se rigen por normas de derecho privado, se debe aplicar en su favor el principio de seguridad

jurídica y buena fe.

I. DECISIONES JUDICIALES OBJETO DE REVISIÓN.

3.1 Primera instancia.

El Juzgado Treinta Nueve Civil Municipal de Bogotá, mediante sentencia de 4 de agosto de 2003, resolvió tutelar los derechos fundamentales del menor Juan Camilo Moncada Bolívar y ordenar a la entidad demandada que autorice y practique la cirugía de “Corrección de Arnold-Chiary” y el cubrimiento de la totalidad de los gastos que genera el tratamiento, hospitalización y demás medicamentos para el cuidado de la enfermedad “Síndrome de Sturge Weber”, por considerar que la conducta de la entidad accionada al negarse a practicar la cirugía requerida por éste y continuar con su tratamiento, atenta contra sus derechos fundamentales, pues no puede, “so pretexto de una interpretación unilateral de las cláusulas del contrato de medicina prepagada suscrito, negarse rotundamente a prestar los servicios otorgados en un principio, cuando es claro que el hijo de la accionante ya venía recibiendo atención médico-hospitalaria directamente en esa institución”.

3.2 Impugnación

El representante legal de COLSANITAS S.A. impugnó la decisión de instancia, por considerar que no se puede afirmar que al momento de celebración del contrato de medicina prepagada no se dejó ninguna observación sobre exclusiones contractuales, pues entiende que ello está claramente establecido al excluir de la prestación de servicios las enfermedades o malformaciones congénitas, genéticas o afecciones preexistentes declaradas o no, conocidas o no por el usuario, siendo el “Síndrome de Arnold Chiary” una enfermedad congénita.

Afirma la entidad demandada que “por el hecho de estar el menor en una situación de aquellas excluidas expresamente en el contrato, no es viable concluir que se presente una vulneración de derechos fundamentales. Si ello fuera así, sería irrelevante celebrar cualquier contrato que presentara algún tipo de limitación, por cuanto ante cualquier negativa de autorizar exámenes y/o procedimientos dirigidos al estudio y/o tratamientos de enfermedades excluidas del contrato, podría llegar a afirmarse que se vulneran derechos del

afiliado” viéndose en la obligación de atender numerosos casos, aún en exceso de las coberturas pactadas.

De otro lado, reitera como lo hiciera en el informe rendido ante el a quo, que los derechos fundamentales del menor no se encuentran afectados porque la prestación del servicio de salud y la autorización de la cirugía que el menor requiere están siendo garantizados por la E.P.S. Sanitas y es la decisión “unilateral y subjetiva” de los padres la que no ha permitido la realización del procedimiento quirúrgico.

No obstante señala que en cumplimiento del fallo proferido en primera instancia, COLSANITAS S.A. emitió el respectivo Volante de Autorización de Servicios, mediante el cual cubriría los gastos que fueran generados con ocasión de la cirugía requerida por el menor. En todo caso, manifiesta que los gastos que fueren generados en virtud de la realización de la cirugía deben ser reembolsados por el señor Evelio Moncada, si los argumentos de la empresa son avalados en segunda instancia.

3.3 Segunda instancia.

Concluye señalando que en tanto la E.P.S Sanitas autorizó la cirugía señalada, es ésta la llamada a responder por los atenciones médicas que no cubra la medicina prepagada, por lo que infiere que el menor en ningún momento ha estado desprovisto del servicio de salud.

I. PRUEBAS RELEVANTES ALLEGADAS AL EXPEDIENTE.

* A folios 1 al 5 del cuaderno 1, fotocopia simple del contrato de medicina prepagada y sus anexos, suscrito entre Evelio Moncada Cárdenas y COLSANITAS S.A.

* A folios 6 a 7 del cuaderno 1, fotocopia simple de oficio de 25 de febrero de 2003 dirigida a Magdalena Ospina, Directora de Servicios Médicos de COLSANITAS S.A. y suscrita por Evelio Moncada Cárdenas y Adriana Bolívar Cortes, mediante en el cual solicitan información por la

falta de prestación de los servicios médicos requeridos por su hijo el 19 de febrero de 2003.

* A folios 8 a 9 del cuaderno 1, fotocopia simple de oficio DSM-0251-03 de 28 de marzo de 2003, suscrito por la Dirección de Servicios Médicos de COLSANITAS S.A., mediante el cual se niega el tratamiento de la enfermedad “Síndrome de Sturge Weber” padecido por el menor Juan Camilo Moncada Bolívar, por estimar que es una enfermedad congénita que se encuentra excluida del contrato de medicina prepagada.

* A folios 10 a 11 del cuaderno 1, fotocopia simple de oficio de 7 de mayo de 2003 dirigida al Comité de Excepción de COLSANITAS S.A. y suscrito por Evelio Moncada Cárdenas y Adriana Bolívar Cortes, mediante en el cual solicitan se revise el caso de su hijo Juan Camilo Moncada Bolívar y se practique la cirugía de Corrección de Arnold Chiary.

* A folio 12 del cuaderno 1, fotocopia simple de oficio DSM-0415-03 de 22 de mayo de 2003, suscrito por la Coordinación de Servicios Médicos de COLSANITAS S.A., mediante el cual se niega la practica de la cirugía de Corrección de Arnold Chiary para el menor Juan Camilo Moncada Bolívar, sugiriendo a sus padres que formulen tal solicitud ante la E.P.S. Sanitas.

* A folio 13 del cuaderno 1, fotocopia simple de derecho de petición de 30 de mayo de 2003, suscrito por Evelio Moncada Cárdenas y Adriana Bolívar Cortes, mediante el cual se solicita se informe las razones por las cuales no se autoriza el procedimiento quirúrgico a su hijo Juan Camilo Moncada Bolívar.

* A folio 14 del cuaderno 1, fotocopia simple de oficio DSM-0107-03 de 2 de julio de 2003, suscrito por la Dirección de Servicios Médicos de COLSANITAS S.A., mediante el cual solicita a

los padres del menor que allegue los exámenes radiológicos a sus oficinas para continuar con el estudio del caso.

* A folios 36 a 42 del cuaderno 1, volantes de autorización de servicios expedidos por la E.P.S. Sanitas respecto de diferentes procedimientos médicos practicados al menor Juan Camilo Moncada Bolívar.

* A folios 23 a 25 del cuaderno 2, oficio de 15 de diciembre de 2003, suscrito por Adriana Elsa Bolívar Cortés y dirigido al Magistrado Ponente Dr. Rodrigo Escobar Gil, en el cual aclara que el motivo por el cual los padres del menor no realizaron los trámites ante la E.P.S. Sanitas para practicar la cirugía requerida por el menor, se debió a una contraindicación médica de los médicos de COLSANITAS S.A. que indicaron que ella era inoportuna por cuadros virales repetitivos que no se habían resuelto.

Agrega que posteriormente en cumplimiento del fallo de tutela de primera instancia, el 1 de noviembre de 2003 COLSANITAS S.A. por cuenta del contrato de medicina prepagada, practicó la cirugía de “Corrección de Arnold Chiary” que el menor requería. No obstante, señala que el 15 de agosto de 2003, recibió una comunicación de COLSANITAS S.A. en la cual se ratifica en la posición respecto al Síndrome de Sturge Weber y Siringomelia como preexistencias excluidas de toda cobertura, por lo cual le preocupa que ésta entidad no esté dispuesta a seguir cubriendo el tratamiento que demanda el menor, siendo que ésta enfermedad no fue excluida expresamente del contrato de medicina prepagada y que al menor no le fueron realizados exámenes de ingreso, limitándose a indicarle que llenara un formulario.

* A folio 26 del cuaderno 2, fotocopia simple de certificado médico expedido por el Dr. Carlos Martínez, mediante el cual informa el procedimiento quirúrgico realizado al menor.

* A folios 27 a 28 del cuaderno 2, fotocopia simple de oficio DSM-1437-03 de 15 de agosto de 2003, suscrito por la Dirección de Servicios Médicos de COLSANITAS S.A., mediante el cual acata el fallo de tutela de primera instancia en el sentido de expedir la autorización para la realización de la cirugía de Corrección de Arnold Chiary, pero señala que respecto al resto del tratamiento requerido (síndrome de Sturge Weber), no se encuentra dispuesto a prestarlo por tratarse de una patología congénita que excluye el contrato de medicina prepagada suscrito por las partes.

* A folio 29 del cuaderno 2, fotocopia simple del volante de autorización de servicios expedido por COLSANITAS S.A. en el cual se describe el servicio como “complicación post-operatoria”.

* A folios 30 a 31, fotocopias simples de resúmenes de historia clínica del menor Juan Camilo Moncada Bolívar, expedidos por Fernando Charry Sedano y Leonardo Palacios.

V. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS.

1. Competencia.

Esta Corte es competente para conocer del fallo materia de revisión, de conformidad con lo establecido en los artículos 86 y 241-9 de la Constitución Política y en los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991, y por la escogencia del caso por la Sala de Selección.

2. Planteamiento del problema.

Varios asuntos hacen parte del problema jurídico que genera la presente tutela:

Primero: Debe determinar la Sala si una entidad de medicina prepagada vulnera los derechos fundamentales de un menor de edad a la salud, la seguridad social y la vida, cuando se niega a practicar un procedimiento quirúrgico denominado corrección de Arnold Chiary y el tratamiento médico requerido en la enfermedad denominada Síndrome de Sturge Weber, por considerar que los mismos se encuentran excluidos de la cobertura del contrato de medicina

prepagada por tratarse de enfermedades congénitas, siendo que la empresa accionada omitió realizar el examen médico de ingreso al menor y no estableció de manera expresa si éstas enfermedades son preexistentes o de origen congénito.

Segundo: Adicionalmente deberá precisarse la opción que le asiste al usuario de solicitar los servicios de salud ante las entidades promotoras de salud E.P.S. o a las entidades de medicina prepagada.

Tercero: El compromiso del principio de continuidad en la prestación del servicio de salud, que se verificó en el proceder de la entidad accionada en este caso.

3. Naturaleza de los contratos de medicina prepagada.

Los contratos de medicina prepagada como especie de los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.), se encuentran instituidos en el ordenamiento legal colombiano con el objeto de brindar a los usuarios del servicio de salud, una atención complementaria a la ofrecida de manera general por las Empresas Promotoras de Salud, bajo el esquema del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.).

La prestación de dicho servicio, supone el pago de un precio que igualmente es adicional al cotizado obligatoriamente por patrono y empleador en el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así, el usuario que tiene la capacidad económica para acceder voluntariamente al pago de una protección mayor en salud, -respecto de sí mismo y su núcleo familiar- contrata de manera privada con una entidad de medicina prepagada para acceder a servicios de salud, que se sugieren como de mayor calidad o cobertura que el plan básico (P.O.S.) entregado por las E.P.S.

Revisada la normativa que rige la materia se advierte lo siguiente: el artículo 18 del D. R. 806 de 1998 define en lo pertinente al Plan Adicional de Salud, así:

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

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

A su turno, las entidades de medicina prepagada se definen como un “sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme a las normas jurídicas para la gestión de la atención básica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”¹. Estos contratos, se rigen por normas de derecho privado que se desarrollan bajo los presupuestos del ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada².

En relación a la naturaleza jurídica de los contratos de medicina prepagada, la Corte en reiteradas oportunidades ha indicado lo siguiente:

“Sin lugar a dudas y no obstante que su objeto lo constituye la prestación de un servicio público, nada menos que el de salud, este tipo de relación entre dos particulares es de carácter contractual, lo cual supone que a él le son aplicables las normas pertinentes de los códigos Civil y Mercantil colombianos, especialmente aquella que obliga a las partes ligadas por el contrato, a ejecutarlo atendiendo a los postulados de la buena fe³. Luego, como en cualquier contrato legalmente celebrado, el de medicina prepagada es una ley para los contratantes que por él se obligan.

“Así, deben ellos cumplir con todo lo dispuesto en sus cláusulas y no pueden ser obligados por el otro contratante a hacer lo que en ellas no está expresamente dispuesto. (...)”⁴.

Así mismo, las características que se predicen del contrato de medicina prepagada han sido analizadas por la Corte de la siguiente manera:

“De otro lado, el contrato de servicios de medicina prepagada reúne las características de ser bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge al mundo jurídico como un contrato de adhesión, según el cual las partes contratantes se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de las partes en los términos aprobados por el organismo de intervención estatal y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto. Como lo ha señalado la doctrina, en los contratos de adhesión una de las partes impone “la ley del contrato”⁵ a la otra.

“De manera que, son pocos los asuntos que quedan sometidos a la discusión totalmente libre

de las partes, y que en lo posible no pueden exceder el marco delimitado por el ordenamiento jurídico en rigor, pero que requieren al igual que las situaciones no expresamente pactadas en estos contratos, pero derivadas de la ejecución de los mismos, que la actuación de una y otra parte se adelante mediante una actitud de confianza y credulidad en el estricto cumplimiento de lo negociado y en la realización de las prestaciones en la forma esperada, según el objeto contratado, lo que en consecuencia demanda de una máxima expresión del principio de la buena fe para la interpretación del vínculo contractual y de los anexos que lo conforman integralmente, especialmente por ese carácter de adhesión, que como ya se dijo, se le reconoce a esta clase de contratación.”⁶

4. Estipulación expresa de enfermedades, medicamentos, procedimientos y tratamientos médicos excluidos de la prestación del servicio de salud ofrecido por la entidades de medicina prepagada.

Teniendo en cuenta que las partes deben sujetarse con rigor a las prestaciones y obligaciones que se encuentren consagradas a lo largo del documento contractual y los anexos que lo complementen o modifiquen, es claro concluir que cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de las coberturas del contrato, deberá ser asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada.

En éste punto es del caso recordar, que las entidades de medicina prepagada cuentan con un mecanismo que les permite establecer aquellas enfermedades que tienen el carácter de preexistentes o congénitas, y que se encuentran sujetas a resultar excluidas de su cobertura. Tal soporte se concreta en la realización previa a la suscripción del contrato, de un examen médico integral de ingreso⁷ respecto de los usuarios y beneficiarios de sus planes de salud.

En una reciente oportunidad, ésta Sala indicó al respecto lo siguiente:

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

“No sobra reiterar que frente al tema de las preexistencias⁸ la Corte Constitucional ha sido

clara en indicar que las que no hayan sido fielmente determinadas en el contrato de medicina prepagada, a través del correspondiente examen de ingreso consagrado en el Art. 21 del Decreto 806/98, deberán ser cubiertas por la entidad de medicina prepagada, por cuanto éstas “no pueden pactar excepciones a la cobertura de los contratos de manera general, excluyendo, por ejemplo, la atención de todas las enfermedades congénitas o para todas las preexistencias y, por tanto, se impone para ellas la obligación de determinar con exactitud cuáles enfermedades congénitas y cuáles preexistencias no serán atendidas en relación con cada usuario, lo cual solamente puede hacerse, a juicio de la Sala, a partir de un riguroso examen previo a la celebración del contrato”⁹”

Por lo tanto, la Corte ha concluido que la responsabilidad frente a la prestación de medicamentos y procedimientos médicos que se requieran para el tratamiento de una enfermedad que no se encuentre expresa y claramente determinada o identificada en el contrato de medicina prepagada, recae sobre la entidad que presta éste servicio.

5. Responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.) frente a la prestación de servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), cuando su afiliado tiene contratado un Plan Adicional de Salud (P.A.S.). Derecho del usuario de optar entre el P.O.S. o el P.A.S.

En éste punto, es del caso precisar las diferencias básicas entre los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) y el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.), diferencias que estriban desde cuáles son las entidades prestatarias de cada uno, su grado de obligatoriedad, su cobertura, el régimen que los rige y su forma de pago.

Así los primeros, es decir, los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) pueden ser de tres tipos i) Planes de atención complementaria en salud, ii) Planes de medicina prepagada o iii) Pólizas de salud¹⁰ que pueden ser ofrecidos por i) E.P.S. autorizadas para prestar los planes complementarios¹¹, ii) entidades adaptadas, iii) entidades constituidas exclusivamente como empresas de medicina prepagada o iv) por aseguradoras a través de sus pólizas de salud¹². El régimen bajo el cual operan es privado y por lo tanto, su financiamiento se hace mediante el pago voluntario del servicio adicional de salud con recursos propios del usuario, por lo cual podrá acceder a servicios de mayor calidad y con una cobertura superior a la brindada por el P.O.S. del Régimen Contributivo.

El Plan Obligatorio de Salud P.O.S. a su turno, es prestado por las entidades promotoras de salud E.P.S. por intermedio de sus I.P.S. afiliadas, rigiéndose por los principios de solidaridad y universalidad bajo los cuales el Estado se obliga a garantizar el servicio de seguridad social para todos los habitantes del país, respetando los principios y derechos fundamentales consagrados en la Constitución que propenden por la protección del ser humano en su integridad física y moral, tales como el derecho a la vida en condiciones dignas, mas si se considera que se encuentra involucrada la prestación del servicio público de salud. Su carácter es obligatorio y se financia con cotizaciones y aportes obrero-patronales, que garantiza un plan de contenidos básicos en salud, contemplado en el acuerdo 228/02 - expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por medio del cual se actualiza el manual de medicamentos del plan obligatorio de salud-.

La Corte al respecto expuso lo siguiente:

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

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

“Así, la Corte ha establecido que ‘se trata de dos relaciones jurídicas distintas, una derivada de las normas imperativas propias de la seguridad social y otra proveniente de la libre voluntad del afiliado, quien, con miras a mejorar la calidad de los servicios que recibe de la EPS, resuelve incurrir en una mayor erogación, a su costa y por encima del valor de las cuotas a las que legalmente está obligado, para contratar la medicina prepagada a manera de plan de salud complementario del básico”¹³.(Negrillas fuera del texto).

Es claro entonces, que los planes adicionales de salud -dentro de los cuales se encuentran contemplados los contratos de medicina prepagada- y el plan obligatorio de salud, comparten el objetivo de propender por la protección de la salud; no obstante, es evidente que estos difieren en coberturas y regímenes cuya correspondencia solo se da, en que para acceder a un plan obligatorio de salud es necesario contar con un P.O.S.¹⁴, siendo necesario precisar que no es posible asimilar algún otro tipo de relación.

Es por esto que la doctrina constitucional ha llamado la atención en la “actitud asumida reiteradamente por las entidades de medicina prepagada que suelen trasladar su responsabilidad en materia de prestación de servicios de salud a las E.P.S. con quienes sus usuarios tengan contratada su seguridad social en salud -sobre todo si se trata de personas jurídicas que funcionan como E.P.S. y entidades de medicina prepagada siendo que cada una de estas entidades tiene fijadas competencias específicas, que no tienen posibilidad de eludir, sino es con el consentimiento manifiesto del usuario, el cual puede optar libremente entre cuál entidad ha de prestarle el servicio requerido.” ¹⁵

Tal posibilidad se encuentra contemplada en el inciso final del artículo 18 del D. R. 806/98 que en éste sentido dispone: “el usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente, si utiliza el POS o el Plan Adicional en el momento de utilización del servicio y la entidad no podrá condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan”. (Subrayas fuera del texto original)

La norma transcrita es clara entonces, en otorgarle al usuario el derecho de optar entre si el servicio le es prestado por ejemplo, por el contrato de medicina prepagada o mediante el Plan Obligatorio de Salud suministrado por la Entidad Promotora de Salud a quien cotice en el Régimen Contributivo, sin que la entidad de medicina prepagada pueda unilateralmente desplazar su responsabilidad a la E.P.S. correspondiente.

Para el efecto, basta con citar lo expuesto por la Corte Constitucional en éste mismo sentido:

“De ésta manera es claro, que quien es afiliado (como cotizante o beneficiario) de las dos calidades de planes (obligatorio y adicional), goza de la facultad de escoger a su arbitrio, la entidad encargada de prestarle los servicios de salud, teniendo la potestad de optar entre la prestación del Plan Obligatorio de Salud y el Plan Adicional de Salud contratado, de acuerdo

con las coberturas y requerimientos específicos para el tratamiento de su enfermedad.

“La jurisprudencia constitucional en ésta materia así lo ha comprendido, cuando señaló que esta disposición jurídica permite que los usuarios ‘puedan optar libre y voluntariamente, si utilizan o no, en caso de sufrir una contingencia amparada, el POS, si se encuentran afiliados a una EPS, o el “PAS”, si poseen un Plan Adicional de Salud, vale decir, pueden acudir a la empresa de medicina prepagada si también poseen un contrato de esta naturaleza, o a otra entidad pública, mixta o privada, si se hallan afiliados al régimen contributivo, sea a través del I.S.S., Cajanal o cualquier otra persona jurídica’¹⁶.

“Sin embargo, la Corte Constitucional también ha sido enfática en indicar que las entidades que prestan los PAS a efecto de obviar sus responsabilidades contractuales, no pueden ampararse en esta norma para liberarse de las obligaciones inherentes al contrato de medicina prepagada o complementaria o la póliza de salud, previamente celebrado con un usuario, remitiendo al paciente a la empresa promotora de salud para que a través del POS se le brinde la atención requerida, pues se desfiguraría la finalidad de los planes adicionales de salud que buscan ofrecer mejores beneficios, opcionales y voluntarios.

“Si las personas no están obligadas a contratar la medicina prepagada y por ende, tampoco a aumentar el nivel de aportes o de cuotas o mayores erogaciones, mal puede entenderse que la compañía que ofrezca planes de esta naturaleza, esté legal o contractualmente habilitada, para trasladar la responsabilidad que les corresponde, por virtud de un vínculo contractual, a otras relaciones jurídicas existentes entre el mismo usuario, con ocasión de un plan obligatorio de salud (POS) que lo cubra, sea con una persona jurídica pública mixta o privada, máxime cuando, a juicio de la Corte, los artículos 164 de la Ley 100 de 1993 y 18, 19 a 24 del decreto 806 de 1998, protegen al usuario frente a este tipo de conductas de las empresas de medicina prepagada o de las entidades adoptadas o de las mismas aseguradoras.”¹⁷

6. El caso concreto.

La cuestión a dilucidar en este caso se concreta en resolver si a la entidad accionada le correspondía realizar a su costa el procedimiento quirúrgico de que le fue ordenado al menor según orden médica del especialista en la materia, teniendo en consideración que sin haberlo estipulado expresamente en el contrato de medicina prepagada, COLSANITAS estima que la enfermedad del menor es de carácter congénito. Los fallos objeto de revisión mantienen

distintas posiciones: al tiempo que la primera instancia concede el amparo solicitado, el fallo de segundo grado revoca tal decisión tras considerar que la E.P.S. SANITAS, puede perfectamente prestar el servicio que reclama el menor.

- Una vez analizado el acerbo probatorio que reposa en el expediente, ésta Sala encuentra que COLSANITAS no podía sustraerse de la obligación de cubrir el procedimiento quirúrgico requerido por el menor, por cuanto éste no se encuentra expresa y detalladamente excluido de la cobertura del contrato.

En la cláusula del contrato en mención se lee en lo pertinente, lo siguiente:

“Cláusula Cuarta.- Exclusiones o limitaciones contractuales:

“1. COLSANITAS S.A. excluye expresamente la prestación de servicios en los siguientes casos:

- Como puede observarse, en parte alguna se determina que el Síndrome de Sturge Weber se encuentre expresamente excluido de tratamiento y prestación del servicio de salud por parte de la entidad accionada, pues la cláusula mencionada se limita a excluir de manera genérica las malformaciones congénitas o enfermedades preexistentes, sin hacer ningún tipo de especificación anexa.

- COLSANITAS no puede, en consecuencia, alegar que existen preexistencias o enfermedades congénitas no determinadas al momento de suscribir el contrato de medicina prepagada, cuando en el presente caso se trataba de un nuevo usuario (a folio 5 del expediente se observa el anexo de inclusión de usuarios, en donde aparecen relacionados los datos del nuevo usuario) al que debía realizársele el examen de ingreso autorizado por el artículo 21 del Decreto 806 de 1998 y ello no se hizo para verificar las preexistencias que eran predicables específicamente del menor. Téngase en cuenta a este respecto, la doctrina sostenida por esta Corporación cuando ha hecho hincapié en que las excepciones a la cobertura del contrato de medicina prepagada no pueden consagrarse de manera genérica, pues la compañía de medicina prepagada tiene la obligación de determinar, por medio del examen previo a la suscripción del contrato, cuáles enfermedades congénitas, y cuáles preexistencias no serán atendidas en relación con un usuario determinado.¹⁸

- Luego entonces, verificado el proceder que reiteradamente ha venido asumiendo COLSANITAS en relación con la negativa para prestar el servicio de salud al menor accionante, ocurrido en relación con el Síndrome de Sturge Weber -patología ésta que sólo fue atendida por la entidad demandante mediante orden emitida por un juez de tutela- la Corte considera que en adelante COLSANITAS no puede seguir soslayando su obligación frente a las coberturas del contrato suscrito con la madre del menor, teniendo en cuenta que no pactó expresamente ninguna exclusión específica.

- En lo que atañe al siguiente tema comprometido en este caso, concretamente el de la continuidad en el servicio de salud valgan las siguientes consideraciones:

- El artículo 365 de la Constitución Política dispone que “los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.” La jurisprudencia de esta Corte ha determinado que uno de los componentes del mandato de eficacia de la norma citada es la observancia del principio a la continuidad en el servicio, entendido como la obligación de la Administración de desplegar toda su actividad en aras de impedir que la prestación del servicio se interrumpa y, con ello, se torne ineficaz frente a sus usuarios.

En las resultas del proceso seguido por la madre del menor ante COLSANITAS, es fácil comprobar que sin hacer mención de la enfermedad congénita, la entidad prestó al menor los servicios de salud requeridos durante casi dos años por contingencias derivadas de la misma patología que luego excluyó con el argumento de que los servicios prestados al menor con anterioridad fueron cubiertos por el contrato de medicina prepagada pero “en razón a que en ese momento no estaba clara la etiología de la epilepsia”.

Para lo que compete al análisis constitucional, ha de señalarse que cuando se rompe la continuidad en el servicio se afectan por igual los derechos constitucionales a la salud en conexidad con la vida, pues constituye una actitud arbitraria suspender un tratamiento ya iniciado, que se torna imprescindible para la vida en este caso de un menor cuyo derecho a salud tiene rango de fundamental. Luego la decisión abrupta de COLSANITAS al suspender la atención inicialmente prestada al menor JUAN CAMILO MONCADA, encaja perfectamente en todas aquellas situaciones que la Corte ha rechazado por que revelan cambios inesperados en las reglas de juego¹⁹ nacidas del contrato inicial y porque no se compadecen con la

confianza legítima depositada en la entidad y que genera la certeza de que no puede suspenderse lo iniciado.²⁰

Ahora bien, la Sala pone de presente que en este asunto existe un hecho superado, dado que la señora Adriana Bolívar manifiesta en oficio de 15 de diciembre de 2003 que su hijo fue operado el 1 de noviembre de 2003, habiéndose cubierto los gastos por COLSANITAS. De ésta manera, podría sostenerse que se superó la razón inicial que generó la interposición de la acción de tutela, debiendo resolverse el presente asunto como en circunstancias similares,²¹ cuando no existe un hecho sobre el cual resolver, declarando la carencia actual de objeto.²²

Sin embargo, advierte por igual la Corte, que la amenaza sobre los derechos a la salud y la vida del menor JUAN CAMILO MONCADA, aún permanece, por cuanto COLSANITAS insiste en carta enviada a los padres del menor, que no cubrirá los gastos futuros generados con las demás patologías que se asocien al mencionado Síndrome, pues sólo cumplió con la intervención quirúrgica en cumplimiento a la tutela de primera instancia, y porque no tiene duda de que el menor padece una enfermedad congénita excluida del contrato.

Para evitar que tal situación persista y que los derechos del menor se infrinjan permanentemente, la Corte deja claro que la sentencia de primera instancia es la que merece confirmarse en este caso, y por lo tanto, la protección a la enfermedad del menor, que no puede predicarse excluida del contrato de medicina prepagada, es integral y cubre todas las patologías que de ella puedan derivarse.

Finalmente la Corte se permite anotar que si bien es loable el interés de las entidades de medicina prepagada que cuentan también con E.P.S., en ofrecer igualmente la prestación de servicios de salud en la E.P.S. correspondiente en aquellos eventos en los cuales la entidad de medicina prepagada se niega a prestar un determinado servicio aduciendo que no es parte del contrato, la Corte recuerda que el usuario es libre de escoger entre el P.O.S. o el P.A.S. contratados, acudiendo a las empresas respectivas que prestan uno y otro plan, sin que cada una de ellas pueda escudar su responsabilidad en la otra, salvo que dentro de las coberturas específicas de cada uno de los planes el procedimiento, tratamiento o medicamento requerido por el usuario se encuentre expresamente excluido.²³

Para este caso significa, que COLSANITAS, sólo podría trasladar la responsabilidad en la

prestación del servicio de salud a la E.P.S. si el síndrome que padece el menor, estuviere expresamente excluido del contrato de medicina prepagada celebrado por los padres del menor, como ello no es así, según se comprobó en este fallo, es COLSANITAS quien debe continuar prestando el servicio en relación con todas las patologías que se deriven del síndrome Sturge Weber siempre que los médicos tratantes así lo consideren.

VI. DECISIÓN.

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

RESUELVE:

Primero. REVOCAR la sentencia de segunda instancia proferida por el juzgado 12 Civil del Circuito de Bogotá y en su lugar CONFIRMAR el fallo proferido por el Juzgado Treinta y Nueve Civil Municipal de Bogotá.

Segundo. En consecuencia, COLSANITAS deberá seguir prestando todos los servicios de salud que requiera el menor JUAN CAMILO MONCADA en los términos del contrato de medicina prepagada suscrito por sus padres, específicamente todas aquellas atenciones (medicamentos, intervenciones, urgencias, hospitalizaciones, exámenes, etc) que se requieran y que resulten derivadas del síndrome Sturge Weber siempre que los médicos tratantes así lo consideren.

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

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

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado Ponente

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

EDUARDO MONTEALEGRE LYNETT

Magistrado

IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO

Secretario General (e)

1 Ver el numeral 1 del artículo primero del Dto. 1570 de 1993, modificado por el artículo primero del Decreto 1486 de 1994.

2 Al respecto la Corte señaló en sentencia SU-039/98: “De lo anterior, puede deducirse que las actividades que se adelantan con ese propósito están fundamentadas en dos presupuestos básicos : 1.) el ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada dentro de un marco de libertad de acción limitada, únicamente, por el bien común, el ambiente y el patrimonio cultural de la nación, sin condicionamientos para su realización en materia de expedición de permisos previos o requisitos no autorizados legalmente y 2.) la prestación de un servicio público, como es el de salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, a través de la Superintendencia Nacional de Salud (C.P., arts. 49, 150-21, 333 y 334)”.

3 Código Civil, artículo 1602.

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

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

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

7 El artículo 21 del Decreto 806 de 1998 consagra al respecto:

“EXAMEN DE INGRESO. Para efectos de tomar un PAS la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías

existentes.

PARAGRAFO. las entidades habilitadas para ofrecer PAS no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial, de conformidad con el Decreto 1222 de 1994”.

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

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

10 Ver artículo 19 del Decreto 806 de 1998.

11 Ver artículo 169 de la ley 100 de 1993.

12 Ver art. 17 del Decreto 806/98

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

14 El artículo 20 del Decreto 806 de 1998 establece éste requisito de la siguiente manera:

“USUARIOS DE LOS PAS. Los contratos de planes adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

15 Sentencia T-065 de 2004. M.P. Jaime Araújo Rentería.

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

17 Ibidem.

18 Sentencia T-1697 de 2000.

19 En un caso similar, se adoptó también igual razonamiento: “Fuera de este modelo pro-forma, genérico para todos, no hay constancia de que específicamente se hubiera señalado como preexistente, en 1991, la “radiculopatía lumbar”. Esta apreciación médica surge con posterioridad, en un indudable cambio de las “reglas de juego” T-104 de 1998.M.P. Alejandro Martínez Caballero.

20 Sentencia T-572 de 2002, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

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

22 “No obstante lo anterior, si la situación de hecho que origina la violación o la amenaza ya ha sido superada en el sentido de que la pretensión erigida en defensa del derecho conculcado está siendo satisfecha, la acción de tutela pierde su eficacia y su razón de ser.”T-495 de 2001, M. P. Rodrigo Escobar Gil

23 Ver sentencia T-1132/03 M.P. Jaime Araújo Rentería