

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Solo puede celebrarse o renovarse con personas afiliadas como cotizantes o beneficiarias del régimen contributivo

Existe claridad normativa en cuanto a la exigencia que los contratos de medicina pagada sólo se celebren o renueven con personas afiliadas como cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud; en cuanto a la obligación de verificar la afiliación del contratante y de los beneficiarios a una entidad promotora de salud en que se hallan las entidades autorizadas a vender planes adicionales de salud y, por último, en cuanto a la obligación de responder por la atención integral en salud del contratante y los beneficiarios en que se hallan las entidades que no verifiquen esa afiliación al momento de celebrar o renovar el contrato. Se advierte que Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. se desentendió del cumplimiento de esa exigencia y que lo hizo incluso antes de la vigencia del Decreto 806 de 1998. De allí por qué sólo hacia el mes de noviembre de 2001, esto es, tres años después de la promulgación de esa disposición, le haya comunicado al contratante la necesidad de afiliarse a una EPS para renovar el contrato de medicina prepagada. De acuerdo con el tenor literal del parágrafo del artículo 20 del citado decreto, tal incumplimiento le impone una carga: Asumir el costo de la atención integral en salud del contratante y de los beneficiarios. Con todo, hasta aquí no puede desconocerse que se trata de un problema legal: El contratante o sus beneficiarios pueden pretender ante la justicia ordinaria que la entidad asuma el costo de la atención en salud que llegaren a requerir y pueden promover las acciones administrativas que le incumben al Estado en punto de vigilancia y control de las entidades prestadoras de salud por el sistema de medicina prepagada.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-No renovación implicó vulneración de derechos fundamentales

En estas condiciones, afectada gravemente la salud del actor y encontrándose en manifiesto peligro su vida, el panorama cambia radicalmente pues ya no se trata de una controversia con matices exclusivamente legales y por tanto sujeta a la decisión de la jurisdicción ordinaria sino de un conflicto al que le es consustancial la vulneración de derechos fundamentales pues tal y no otra es la incidencia de la actitud asumida por la entidad

prestadora del servicio. La jurisdicción constitucional queda habilitada no sólo para conocer de ese conflicto sino también para disponer el amparo constitucional de los derechos fundamentales vulnerados, pues no puede contemplar pasivamente cómo la omisión en que incurrió la entidad accionada -no verificar la afiliación a una EPS del contratante y los beneficiarios- priva al actor del servicio médico que requiere con urgencia, vulnera su salud y pone en grave y manifiesto peligro su propia vida. Adviértase que desde 1987 al actor no se le había exigido vincularse al POS o a una EPS y que durante todo ese lapso la entidad accionada no tuvo inconveniente en renovar el contrato de medicina prepagada. Esa ausencia de vinculación sólo vino a ser relevante cuando al actor se le diagnosticó una enfermedad ruinosa y cuya atención involucraba un alto costo económico. Esto evidencia que el incumplimiento del deber de vinculación del afiliado a una EPS fue irrelevante en cuanto no involucraba una afectación de la relación costo beneficio propia de la entidad prestadora del servicio. Este enfoque estrictamente mercantil no se compadece con la difícil situación en que se halla el actor como beneficiario de un plan de medicina prepagada pues está afectado por una enfermedad incurable y mortal. Por el contrario, sin desconocer el derecho a una legítima ganancia de tales entidades, éstas deben involucrarse activamente en la realización de la razón del ser del sistema de seguridad social en salud y orientarse, en consecuencia, a garantizar el bienestar físico y mental de los contratantes y sus beneficiarios. De otro lado, pese a que al actor se le avisó tardíamente de la necesidad de afiliarse a una EPS para renovar el contrato de medicina prepagada, éste y su familia hicieron todo lo que debían hacer para realizar tal afiliación. Solicitaron asesoría, la obtuvieron, consiguieron todos los documentos requeridos, hicieron entrega de ellos a una persona que los remitió a la EPS y efectivamente tales documentos llegaron a su destino. El problema se presentó porque en ésta había una gran congestión de documentos y de allí por qué no fue posible que el formulario de afiliación se radicara a tiempo.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Aspectos que deben tenerse en cuenta en la relación contractual

Es cierto que los contratos de medicina prepagada están sujetos a la voluntad de las partes. No obstante, esta voluntad se halla limitada por el régimen legal a que están sometidos tales contratos, por los diversos fundamentos constitucionales que legitiman al Estado para intervenir en ellos y por los valores, principios y derechos constitucionales como fundamento de todo el ordenamiento jurídico. Una sana hermenéutica indica que el rigor de las cláusulas

contractuales debe ceder para poner a salvo tales valores, principios y derechos y no que éstos se han de sacrificar para realizar la autonomía de quien, en un contrato de adhesión, impone su voluntad como ley del contrato. Mucho más si tal pretensión se alienta aún contra el régimen legal que lo regula.

Referencia: expediente T-675.182

Acción de tutela de Jaime de Jesús Hoyos Gómez contra Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A.

Magistrado Ponente:

Dr. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Bogotá, D. C., veinte (20) de marzo de dos mil tres (2003).

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

dentro del trámite de revisión de la tutela instaurada por Jaime de Jesús Hoyos Gómez contra Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A.

I. RESEÑA FÁCTICA

El 1° de diciembre de 1987 Jaime de Jesús Hoyos Gómez se afilió a Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. El 20 de noviembre de 1992 se retiró pero reactivó su afiliación a partir del 1° de diciembre de 1993. Hasta el 20 de diciembre de 2000 estuvo vinculado en calidad de contratista y a partir de esa fecha en calidad de beneficiario de su hijo Ferney Alonso Hoyos Oquendo.

Hace tres años a Jaime de Jesús Hoyos Gómez se le diagnosticaron múltiples tumores cancerosos en virtud de los cuales fue sometido, por Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A., a una intervención quirúrgica y se le ordenaron quimioterapias.

El 1° de noviembre de 2001 Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. le informó a Ferney

Alonso Hoyos Oquendo que, de acuerdo con el Decreto 806 de 1998, debía afiliarse al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud a más tardar dentro de los 30 días siguientes. Antes del vencimiento de ese plazo, aquél presentó la documentación necesaria para afiliarse, con su grupo familiar, a Coomeva EPS.

II. ANTECEDENTES PROCESALES

A. La demanda interpuesta

El 12 de agosto de 2002 Jaime de Jesús Hoyos Gómez interpuso acción de tutela argumentando que al no renovarse el contrato suscrito por su hijo, dada su calidad de beneficiario, se le vulneraron sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna, a la familia y a la recreación.

Argumentó que entre 1998 y 2001 Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. no le exigió a su hijo afiliarse al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud, que después de que lo hizo se presentó la documentación necesaria para la afiliación de él y de su grupo familiar a la EPS Coomeva pero que él no fue afiliado en ese momento por cuanto se trataba de un empleador que debía afiliarse como trabajador independiente y no como beneficiario.

Indicó también que ante esa situación acudió a la Superintendencia Nacional de Salud, entidad que le advirtió a Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. que en caso de no haberle exigido la afiliación a una EPS en el lapso transcurrido entre 1998 y 2001, estaba obligada a responder por la atención integral en salud del contratante y los beneficiarios, tal como lo disponía el artículo 20 del Decreto 806 de 1998.

El actor solicitó que para la defensa de sus derechos se ordene su reintegro al plan de medicina prepagada y la continuación de las quimioterapias que le fueron ordenadas.

B. Respuesta de la entidad accionada

La entidad demandada manifestó que la no renovación del contrato de medicina prepagada obedeció a lo dispuesto en el artículo 20 del Decreto 806 de 1998, de acuerdo con el cual los planes adicionales de salud sólo pueden celebrarse o renovarse con personas afiliadas al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud como cotizantes o beneficiarios, exigencia no satisfecha por el hijo de Jaime de Jesús Hoyos Gómez.

Invocó también la autonomía de la voluntad de las partes que suscribieron el contrato de medicina prepagada pues ella sólo se restringe cuando se violen las leyes o el orden público, circunstancias que no concurren en el presente caso. Indicó también que de acuerdo con la cláusula décima del contrato suscrito, el contratante y los beneficiarios debían estar afiliados al POS.

A. Pruebas practicadas

En el curso de la actuación se adujeron y practicaron las siguientes pruebas:

- Contrato de prestación de servicios de salud de medicina prepagada suscrito entre el actor y Coomeva el 31 de diciembre de 1987.
- Comunicación de 1° de noviembre de 2001 por medio de la cual Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. le solicita a Ferney Alonso Hoyos Oquendo afiliarse a una EPS antes del día 30 de ese mes.
- Comunicación del 22 de enero de 2002 por medio de la cual se le informa a Ferney Alonso Hoyos Oquendo que su contrato de medicina prepagada no fue renovado para la vigencia del año 2002.
- Comunicación sin fecha dirigida por la Superintendencia Nacional de Salud al gerente general de Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. en la que cuestiona el no haberle exigido a Ferney Alonso Hoyos Oquendo afiliarse a una EPS desde la vigencia del Decreto 806 de 1998, haber rechazado la afiliación del padre de aquél y no haberle informado oportunamente la no renovación del contrato. En tal comunicación la Superintendencia solicita varios documentos y pone de presente el deber de la accionada de responder por la atención integral de salud del beneficiario, según lo dispuesto en el artículo 20 del Decreto 806.
- Formulario único de afiliación e inscripción de Jaime de Jesús Gómez Hoyos a la EPS Coomeva con un sello de recibido de Ecor Jireh, Margarita Uribe Wills, y también con un sello de recibido en tal EPS el 3 de enero de 2002.

- Carnés de afiliación a la EPS Coomeva por parte de Ferney Alonso Hoyos Oquendo, su esposa, su padre y sus hermanos.
- Comunicación suscrita el 22 de agosto de 2002 por Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. en la que se hace constar que Ferney Alonso Hoyos Oquendo y Jaime de Jesús Hoyos Gómez estuvieron afiliados hasta el 31 de diciembre de 2001.
- Declaración de Jaime de Jesús Hoyos Gómez. En ella manifiesta que después de recibida la comunicación en la que se les exigía su afiliación a una EPS, le entregaron a la asesora Diana Jaramillo todos los papeles necesarios para la afiliación a la EPS. Incluso le entregaron el dinero requerido para tal efecto. No obstante, cuando acudió a quimioterapia se le negó el servicio argumentando que el contrato de medicina prepagada no había sido renovado, como luego se enteró, por no haberse afiliado oportunamente a la EPS. Luego fue afiliado pero no se le ha prestado el servicio requerido por no contar con las semanas de cotización necesarias.
- Declaración de Diana Jaramillo, la asesora de medicina prepagada que presta sus servicios al actor y a su familia. Manifestó que en el mes de noviembre de 2001 recibió los documentos necesarios para la afiliación a la EPS; que entregó tales documentos a Coomeva EPS a través de una entidad de correo comercial; que cuando le fueron devueltos se enteró que no se había afiliado al actor por cuanto se trataba de un empleador que debía afiliarse como trabajador independiente y no como beneficiario; que la radicación del formulario sólo ocurrió en los primeros días de enero de 2002 debido al represamiento que se presentó en la EPS y que pese a que Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. amplió el plazo para efectos de esa afiliación, el actor no pudo afiliarse oportunamente, sólo lo hizo más tarde y de manera personal.

III. SENTENCIAS JUDICIALES OBJETO DE REVISIÓN

A. De primera instancia

El 26 de agosto de 2002 el Juzgado Octavo Penal Municipal de Medellín negó la tutela invocada. Para ello expuso los siguientes argumentos:

- A través de la acción de tutela interpuesta se pretende la protección de derechos de rango

legal y no de derechos constitucionales y mucho menos fundamentales.

- La protección de tales derechos debe intentarse ante la Superintendencia Nacional de Salud, pues tal es el juez natural para hallar una solución a los problemas que se le han presentado al actor. Ello es así porque de acuerdo con el numeral 1°, artículo 3°, del Decreto 2165 de 1992, a ese organismo le corresponde vigilar, controlar y sancionar a las entidades que presten servicios de salud prepagada.
- Para efectos de la realización de las radioterapias que se hallan pendientes, el actor puede acudir a la EPS Coomeva, a la que se encuentra afiliado desde el mes de enero de 2002.

B. Impugnación

El actor impugnó el fallo. Para ello argumentó que el juez había desconocido que, en razón del cáncer que le afectaba, su vida corría peligro y que la negativa a realizarle las quimioterapias que se hallaban pendientes vulneraba su derecho fundamental a la vida.

Solicitó que se dispusiera el amparo constitucional como un mecanismo transitorio de protección para evitar el perjuicio irremediable que era su muerte y hasta tanto la Superintendencia Nacional de Salud culminaba la investigación promovida contra la entidad accionada.

C. De segunda instancia

El 26 de septiembre de 2002 el Juzgado Vigésimo Segundo Penal del Circuito de Medellín resolvió la impugnación interpuesta por el actor contra la sentencia de primer grado.

Este despacho contó con un elemento de juicio adicional pues, después de emitido aquél fallo, se allegó al proceso una comunicación remitida por la Superintendencia Nacional de Salud. En ella informa las irregularidades que advirtió en el procedimiento seguido por Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. para desvincular al actor y por Salud Coomeva EPS para afiliarlo oportunamente. Se resalta que para la fecha de renovación del contrato de medicina prepagada, el actor no pudo demostrar que se había afiliado a una EPS por cuanto Coomeva EPS no había radicado su formulario.

- El juez de primer grado no incurrió en error de apreciación o en mala interpretación de las normas que regulan la acción de tutela.

- El actor cuenta con un mecanismo efectivo de protección de sus derechos que es el procedimiento que se sigue ante la Superintendencia Nacional de Salud. Si existiendo tal mecanismo se concede el amparo, se desconocería su naturaleza de mecanismo subsidiario de protección de derechos.
- Al actor no se le han vulnerado derechos fundamentales ya que la EPS Coomeva puede exigirle la realización de las quimioterapias ordenadas por su médico.

IV. PROBLEMA JURIDICO

El problema jurídico que debe resolver la Sala es el siguiente: ¿Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. vulneró los derechos fundamentales a la vida y a la salud del beneficiario Jaime de Jesús Hoyos Gómez al no renovar el contrato de medicina prepagada suscrito con Ferney Alonso Hoyos Oquendo y al negarle a aquél la continuación de las quimioterapias que se le venían practicando?

Para solucionar el problema jurídico suscitado, la Corte tendrá en cuenta estas situaciones:

- i. El mandato de la ley en cuanto a que los contratos de planes adicionales de salud sólo se celebren o renueven con personas que se encuentren afiliadas al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud como cotizantes o beneficiarios y las consecuencias sobrevinientes para las entidades de medicina prepagada que desconozcan esa obligación.
- i. Las condiciones bajo las cuales Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. le exigió a Ferney Alonso Hoyos Oquendo la afiliación suya y de su grupo familiar a una EPS y no renovó el contrato suscrito con aquél.
- i. La incidencia que sobre los derechos fundamentales a la vida y a la salud de Jaime de Jesús Hoyos Gómez tuvo la decisión de Salud Colmena Medicina Prepagada S.A. de no renovar el contrato y no continuar las quimioterapias que le habían sido ordenadas.

V. FUNDAMENTOS DE LA DECISIÓN

1. La medicina prepagada es un plan adicional de atención en salud que hace parte del sistema de seguridad social en salud y que se suministra dentro de un esquema de contratación particular y voluntaria bajo la intervención del Estado. Se trata de un sistema orientado a la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud incluidos en un plan preestablecido y mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. En virtud de tales contratos se asume que la entidad prestadora del servicio cubrirá los riesgos relativos a la salud del contratante y de las personas que sean señaladas en ellos como beneficiarias.

Es un sistema que plantea, por una parte, el ejercicio de una actividad amparada por la libertad económica y la iniciativa privada y, de otra, la prestación de un servicio público. De allí que se trate de una actividad que está sometida a intervención estatal con base en múltiples fundamentos constitucionales que remiten, como se lo expuso en la Sentencia C-176-96, a la intervención del Estado en la economía; a la inspección y vigilancia de una profesión que, como la medicina, es de riesgo social; a la regulación, control y vigilancia del servicio de salud y al sometimiento a la especial intervención del gobierno por tratarse de una actividad que involucra el manejo de recursos captados del público.

Todo ello explica que, si bien se trata de contratos de adhesión, el contenido de los contratos de medicina prepagada deba ser aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud y que ellos deban someterse, además, a los principios generales que informan los negocios jurídicos y, entre ellos, el de buena fe. De allí que la persona que pague de manera oportuna sus cuotas a la entidad prestadora del servicio tenga derecho a exigir que ésta asuma la totalidad de los servicios de salud ofrecidos y que tales entidades no puedan, a su arbitrio, modificar unilateralmente las prestaciones que deben asumir.

2. El escenario natural para que se surtan y decidan las controversias suscitadas en los contratos de medicina pagada es la jurisdicción ordinaria pues de todas maneras se está ante conflictos que giran en torno al alcance de los derechos y las obligaciones que surgen para las partes con ocasión de las cláusulas pactadas.

Con todo, de manera excepcional, cuando tales controversias trascienden al ámbito de derechos fundamentales como la vida digna o la salud, en este caso por conexidad, aquellas

pueden ser resueltas de manera transitoria o definitiva por la jurisdicción constitucional pues ésta se halla en el deber de remover los obstáculos que impidan el efectivo ejercicio de tales derechos, siempre y cuando, desde luego, concurren las exigencias necesarias para la procedencia del amparo constitucional. Mucho más si, como se lo expuso en la Sentencia SU-039-98, “las actuaciones destinadas a garantizar una prestación eficiente del servicio de medicina prepagada deben adecuarse a los parámetros constitucionales que consagran la garantía de la prestación del servicio público de salud y la protección de los derechos a la vida, la salud, integridad personal y dignidad humana de los individuos”.

3. En ese marco, de acuerdo con el artículo 20 del Decreto 806 de 1998, los contratos de planes adicionales de salud y entre ellos los de medicina prepagada “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”.

La norma se orienta a que quienes hayan contratado planes adicionales de salud no queden desprotegidos ante aquellos riesgos que, por cualquier motivo, no sean cubiertos por los planes de medicina prepagada. Es decir, si el contratista no cuenta con un plan de salud que atienda sus requerimientos básicos, carecería de sentido un plan adicional.

Se trata de una exigencia que debe ser verificada por la entidad prestadora del servicio y de allí por qué el párrafo de ese artículo disponga que “Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una entidad promotora de salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS”.

De este modo, se aclara la primera de las situaciones reseñadas por la Sala como presupuestos para resolver el problema jurídico suscitado: existe claridad normativa en cuanto a la exigencia que los contratos de medicina pagada sólo se celebren o renueven con personas afiliadas como cotizantes o beneficiarios del régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud; en cuanto a la obligación de verificar la afiliación del contratante y de los beneficiarios a una entidad promotora de salud en que se hallan las entidades autorizadas a vender planes adicionales de salud y, por último, en cuanto a la obligación de responder por la atención integral en salud del contratante y los beneficiarios en que se

hallan las entidades que no verifiquen esa afiliación al momento de celebrar o renovar el contrato.

4. Si con base en esas premisas se analiza el caso decidido en los fallos sometidos a revisión, se tiene que en el año de 1987 el actor suscribió con Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. un contrato para la prestación del servicio de salud por el sistema de medicina prepagada; que, después de retirarse durante un tiempo, reinició su vinculación y que luego la mantuvo en calidad de beneficiario de su hijo hasta que la entidad accionada la dio por terminada al no renovar el contrato suscrito por cuanto el contratante no se encontraba afiliado al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud.

En cuanto a ello se advierte que aún desde el régimen anterior al Decreto 806 de 1998 - Decreto 1485 de 1994-, para la suscripción o renovación de los contratos de medicina prepagada se exigía que el contratante estuviese afiliado al Plan Obligatorio de Salud. Para el cumplimiento de esta obligación no bastaba, desde luego, con la inclusión de una cláusula en el contrato de acuerdo con la cual el contratante se obligaba a satisfacer tal exigencia pues de lo que se trataba es de protegerlo de cualquier eventualidad que condujera a la no prestación del servicio por parte de la entidad de medicina prepagada. De allí que ese régimen le impusiera a cada entidad el deber de verificar la efectiva afiliación al POS de las personas que suscribieran los contratos de medicina prepagada pues no se trataba sólo del cumplimiento de una formalidad para acceder a un plan adicional de salud sino de una exigencia razonable enmarcada en la necesidad de prever un marco integral de protección en salud para el suscriptor de un plan adicional.

Con el Decreto 806 de 1998 esa obligación se hizo mucho más evidente al punto que el parágrafo del artículo 20 indicó claramente el efecto sobreviniente al incumplimiento de esa exigencia: La entidad prestadora del servicio debe hacerse cargo de la atención integral en salud demandada por el contratante y los beneficiarios. Esto es obvio ya que tratándose de un contrato que se suscribe por adhesión, a las entidades prestadoras del servicio les incumbe verificar y promover la afiliación de los contratantes y sus beneficiarios a una EPS pues ello contribuye a garantizar la racionalidad económica del sistema de seguridad social en salud ya que los contratantes contribuyen con sus aportes a la realización del principio de universalidad y, al tiempo, se ponen a salvo de las contingencias no cubiertas por el plan adicional.

5. Si esto es así, se advierte que Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. se desentendió del cumplimiento de esa exigencia y que lo hizo incluso antes de la vigencia del Decreto 806 de 1998. De allí por qué sólo hacia el mes de noviembre de 2001, esto es, tres años después de la promulgación de esa disposición, le haya comunicado al contratante la necesidad de afiliarse a una EPS para renovar el contrato de medicina prepagada. De acuerdo con el tenor literal del párrafo del artículo 20 del citado decreto, tal incumplimiento le impone una carga: Asumir el costo de la atención integral en salud del contratante y de los beneficiarios.

Con todo, hasta aquí no puede desconocerse que se trata de un problema legal: El contratante o sus beneficiarios pueden pretender ante la justicia ordinaria que la entidad asuma el costo de la atención en salud que llegaren a requerir y pueden promover las acciones administrativas que le incumben al Estado en punto de vigilancia y control de las entidades prestadoras de salud por el sistema de medicina prepagada.

6. Con ese proceder, no obstante, no se toca el punto medular de la controversia: El actor padece una enfermedad catastrófica, cáncer específicamente, y en razón de ella fue sometido ya a una intervención quirúrgica y se le prescribieron múltiples quimioterapias. Este elemento es sustancial pues una enfermedad como esa toca no sólo con la salud del actor sino también con su vida: La negación de tales quimioterapias habilita la progresión de la enfermedad y la consecuente afección de su ciclo vital.

Estas fueron, entonces, las condiciones bajo las cuales la entidad accionada le exigió al contratante la afiliación suya y de su grupo familiar a una EPS y no renovó el contrato de medicina prepagada suscrito con aquél. Se aclara, entonces, la segunda de las situaciones planteadas por la Sala con miras a la solución del problema jurídico suscitado.

7. En estas condiciones, afectada gravemente la salud del actor y encontrándose en manifiesto peligro su vida, el panorama cambia radicalmente pues ya no se trata de una controversia con matices exclusivamente legales y por tanto sujeta a la decisión de la jurisdicción ordinaria sino de un conflicto al que le es consustancial la vulneración de derechos fundamentales pues tal y no otra es la incidencia de la actitud asumida por la entidad prestadora del servicio.

Por lo tanto, la jurisdicción constitucional queda habilitada no sólo para conocer de ese

conflicto sino también para disponer el amparo constitucional de los derechos fundamentales vulnerados, pues no puede contemplar pasivamente cómo la omisión en que incurrió la entidad accionada -no verificar la afiliación a una EPS del contratante y los beneficiarios- priva al actor del servicio médico que requiere con urgencia, vulnera su salud y pone en grave y manifiesto peligro su propia vida.

La protección se contrae a ordenarle a la entidad accionada el estricto cumplimiento del párrafo del artículo 20 del Decreto 806 de 1998: Responder por la atención integral en salud demandada por el actor con el fin de proteger su derechos a la salud y a la vida, atención integral que impone la continuación de las quimioterapias que se le venían realizando y que fueron arbitrariamente suspendidas y el suministro de los tratamientos que se le prescriban.

8. Pero en el caso presente aún concurren argumentos adicionales para amparar los derechos fundamentales vulnerados. Adviértase que desde 1987 al actor no se le había exigido vincularse al POS o a una EPS y que durante todo ese lapso la entidad accionada no tuvo inconveniente en renovar el contrato de medicina prepagada. Esa ausencia de vinculación sólo vino a ser relevante cuando al actor se le diagnosticó una enfermedad ruinosa y cuya atención involucraba un alto costo económico. Esto evidencia que el incumplimiento del deber de vinculación del afiliado a una EPS fue irrelevante en cuanto no involucraba una afectación de la relación costo beneficio propia de la entidad prestadora del servicio.

Este enfoque estrictamente mercantil no se compadece con la difícil situación en que se halla el actor como beneficiario de un plan de medicina prepagada pues está afectado por una enfermedad incurable y mortal. Por el contrario, sin desconocer el derecho a una legítima ganancia de tales entidades, éstas deben involucrarse activamente en la realización de la razón del ser del sistema de seguridad social en salud y orientarse, en consecuencia, a garantizar el bienestar físico y mental de los contratantes y sus beneficiarios.

De otro lado, pese a que al actor se le avisó tardíamente de la necesidad de afiliarse a una EPS para renovar el contrato de medicina prepagada, éste y su familia hicieron todo lo que debían hacer para realizar tal afiliación. Solicitaron asesoría, la obtuvieron, consiguieron todos los documentos requeridos, hicieron entrega de ellos a una persona que los remitió a la

EPS y efectivamente tales documentos llegaron a su destino. El problema se presentó porque en ésta había una gran congestión de documentos y de allí por qué no fue posible que el formulario de afiliación se radicara a tiempo.

Ello explica que tal afiliación se haya cumplido tardíamente y sólo de manera parcial. Con todo, no es legítimo que el costo de este estado de cosas se traslade al actor, más aún frente a las apremiantes circunstancias por las que atraviesa. Con mayor razón si se tiene en cuenta que se trata de una misma entidad que presta al actor tanto el plan adicional de salud como el plan obligatorio y a la que le es exigible el mínimo de coordinación que permita garantizar la prestación de los servicios de salud implícitos en el plan obligatorio y en el plan adicional y no excluir esa prestación arbitrariamente.

9. Para concluir, la Sala se pronuncia en torno a varios planteamientos hechos en el curso de las instancias pues, dada la incidencia que tienen para la solución de casos como el aquí planteado, no pueden pasar desapercibidos:

En primer lugar, es cierto que los contratos de medicina prepagada están sujetos a la voluntad de las partes. No obstante, esta voluntad se halla limitada por el régimen legal a que están sometidos tales contratos, por los diversos fundamentos constitucionales que legitiman al Estado para intervenir en ellos y por los valores, principios y derechos constitucionales como fundamento de todo el ordenamiento jurídico. Una sana hermenéutica indica que el rigor de las cláusulas contractuales debe ceder para poner a salvo tales valores, principios y derechos y no que éstos se han de sacrificar para realizar la autonomía de quien, en un contrato de adhesión, impone su voluntad como ley del contrato. Mucho más si tal pretensión se alienta aún contra el régimen legal que lo regula.

En segundo lugar, a los jueces de instancia les es exigible un mínimo de atención para advertir en qué casos una controversia desborda el marco estrictamente legal para involucrar tensiones constitucionalmente relevantes pues es inconcebible que ante un evento como el que ocupa la atención de la Sala se esgrima que se está ante una disputa contractual pese a que la sola lectura del expediente evidencia el compromiso de la vida del actor en razón de una enfermedad catastrófica y mortal.

En tercer lugar, debe advertirse que una entidad como la Superintendencia Nacional de Salud, en manera alguna puede constituir el juez natural para decidir una controversia como

la suscitada pues una cosa es la función de vigilancia y control que le incumbe a esa institución sobre las entidades que prestan el servicio de salud y otra diferente la tutela de los derechos fundamentales que le incumbe a la jurisdicción constitucional.

Finalmente, es cierto que a esta fecha el actor se encuentra afiliado a Salud Coomeva EPS. No obstante, hasta la fecha de interposición de la acción de tutela tampoco por esa vía había accedido a las quimioterapias que se le habían prescrito. Por lo tanto, la tutela de los derechos vulnerados se impone ante el incumplimiento de la obligación de verificar la afiliación a una EPS como presupuesto para la celebración o renovación de un contrato de medicina prepagada.

VI. DECISIÓN

Con fundamento en las consideraciones expuestas en precedencia, la Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

Primero. Revocar la sentencia proferida el 26 de agosto de 2002 por el Juzgado Octavo Penal Municipal de Medellín y la sentencia proferida el 26 de septiembre de 2002 por el Juzgado Vigésimo Segundo Penal del Circuito de Medellín.

Segundo. Tutelar los derechos fundamentales a la salud y a la vida del actor Jaime de Jesús Hoyos Gómez. Ordenar a Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. responder por la atención integral en salud demandada por el actor disponiendo la continuación de las quimioterapias que se hallan pendientes y los tratamientos que le sean prescritos en razón de la enfermedad que padece.

Tercero. Dése cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

Notifíquese, comuníquese, cúmplase e insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional.

JAIME CORDOBA TRIVIÑO

Magistrado Ponente

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA MENDEZ

Secretaria General