

PREEXISTENCIAS MEDICAS-Deben determinarse taxativamente al suscribirse el contrato

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

COMPAÑIA DE SEGUROS-No puede deducir a posteriori una preexistencia

CONTRATO DE SEGUROS-Corresponde en la práctica a contrato de adhesión

Es innegable que los contratos de seguros, aunque tienen entre sus características el ser consensuales y su ejecución se sigue en los términos del Código Civil para dar prevalencia a las estipulaciones pactadas, en la práctica corresponden a contratos de adhesión en los que como se sabe, aunque las partes se obligan mutuamente a través de unas cláusulas y condiciones, éstas no son discutidas libre y previamente en todo su contenido, sino que están preestablecidas por una de ellas bajo un régimen legal y jurídico que así se los permite, y frente a las cuales, la otra parte simplemente expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto. Por ello, en estos negocios es mayor la exigencia en el respeto de lo pactado, dando estricto cumplimiento a lo negociado, o sea, que la interpretación del vínculo contractual debe enfocarse a que las prestaciones perseguidas como objeto del mismo, se efectivicen en la forma esperada, dando así máxima aplicación del principio de la buena fe.

La oposición de preexistencias que no se consignaron de manera explícita en el contrato de seguros en salud para negar el cubrimiento del riesgo reclamado, tiene efectos similares a los que se ocasionan cuando en los contratos de medicina prepagada se pretende utilizar tal posición con la misma intención, es conducta donde hay ejercicio de posición dominante con la que la compañía aseguradora elude la responsabilidad contractual, inobservando de paso el principio de buena fe y con la que se afecta la salud de los asegurados poniendo en riesgo en conexión con ella, sus derechos fundamentales a la vida e integridad personal y por tanto, es viable prodigar su amparo a través de la acción de tutela.

ACCION DE TUTELA-Legitimación del agente oficioso

COMPAÑIA DE SEGUROS-No realizó examen médico al momento de celebrarse el convenio para determinar preexistencias

DERECHO A LA SALUD DEL ENFERMO DE SIDA-Protección por la compañía de seguros a la que está afiliado

Referencia: expediente T-1248116

Acción de tutela instaurada por Maria del Carmen Múnera de la Pava en calidad de agente oficioso del señor Rodrigo Fernando Múnera de la Pava, en contra de La Compañía

Suramericana de Seguros de Vida S.A.

Magistrada Ponente:

Dra. CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ

Bogotá, D.C., cuatro (4) de abril de dos mil seis (2006)

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados, Clara Inés Vargas Hernández, Jaime Araújo Rentería y Alfredo Beltrán Sierra, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión de los fallos emitidos por los Juzgados Trece Civil Municipal de Cali y Sexto Civil del Circuito de la misma ciudad, en el trámite de la acción de tutela instaurada por Maria del Carmen Múnera de la Pava, en calidad de agente oficioso del señor Rodrigo Fernando Múnera de la Pava, en contra de La Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A.

I.- ANTECEDENTES.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

1.- Hechos y pretensiones.-

La señora Maria del Carmen Múnera de la Pava, es tomadora de la “Póliza de Seguro Familiar de Salud – Salud Global Familiar” No. 707620 de la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., en la que el agenciado se encuentra como asegurado desde el 2 de diciembre de 1991 y de acuerdo con la cláusula 2.4 del contrato, por el riesgo de contraer SIDA, con un amparo anual para gastos de consulta, exámenes, controles y medicamentos relacionados con ese tratamiento, hasta por \$60.000.000.

Se afirma que aproximadamente un año antes de la tutela, el señor Múnera de la Pava fue internado y atendido médicamente en tres oportunidades por presentar cuadros infecciosos en una pierna, en el colon, urinarios, renales y, pero que es solo hasta el día 4 de agosto de 2005 en que por la persistencia de sus padecimientos y previos los exámenes necesarios, en la Clínica Fundación Valle de Lili se le diagnostica: “Criptococosis (hongos en el pulmón), VIH o SIDA y TBS (tuberculosis)”.

Manifiesta que una vez conocido el padecimiento de esa enfermedad, el agenciado como beneficiario de la póliza relacionada, acudió a consulta en la misma Clínica para someterse al tratamiento respectivo, pero éste no fue autorizado por la compañía de seguros, aduciendo en forma verbal, que había exclusión de su amparo por preexistencia, razón por la que además, debía asumir los gastos de la clínica, que ascendían a \$3.944.486 por los primeros 4 días de hospitalización, suma sobre la que se advierte, el agenciado no está en posibilidad de

cubrir porque carece de medios económicos para sufragar ese gasto y todos los que a futuro se causen.

Se asegura que en ninguno de los registros de las historias clínicas o de esa institución en que había sido tratado regularmente o de cualquier otra, figura que él tuviera ese padecimiento u otra enfermedad a él asociada como preexistencia, y que de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio, la carga de esa prueba la tiene la aseguradora accionada.

Alega al respecto el apoderado, que no es posible que una persona que sufra una enfermedad tan grave al tener síntomas no haya consultado un médico durante los 13 años y 8 meses de amparo de la póliza, más cuando su hermana, la tomadora del seguro, es médica y puede dar fe de ello.

Igualmente informa, que el señor Múnera de la Pava no se encuentra afiliado a ninguna entidad del sistema de seguridad social en salud y que este aspecto, no fue verificado por la accionada como requisito indispensable para efectuar las renovaciones de la póliza del contrato de seguros, cuya naturaleza, asegura, corresponde a la de un Plan Adicional de Salud PAS; lo que la responsabiliza de prestarle la atención integral en salud para protegerle su vida, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 20 del Decreto 806 de 1998 que establece: “ART. 20.—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.

PAR.—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. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de su suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida”(Subrayas propias del escrito).

Alega que es teniendo en cuenta que la salud de su cliente se ha deteriorado ostensiblemente y que necesita ser tratado de esa grave enfermedad y con el fin de evitarse un perjuicio irremediable en la salud y vida del accionante, que la acción impetrada es procedente porque la vida del agenciado se encuentra en inminente peligro y no hay tiempo de iniciar las acciones civiles tendientes a lograr la orden de cumplimiento del contrato de seguro de salud ni para obtener su afiliación al régimen contributivo.

Argumenta también el apoderado, que el sistema de seguridad social en salud ofrecido por empresas prestadoras de salud privadas, es un servicio público esencial y por ello les es aplicable la anterior reglamentación, haciendo además, que la acción de tutela en contra de este particular esté autorizada por el artículo 86 de la Constitución, norma bajo la cual, es igualmente procedente esta actuación como mecanismo transitorio de protección.

Considera que con su conducta irresponsable, la accionada ha puesto al agenciado en peligro de muerte, motivo por el cual, debe ser ordenada su atención por cuenta de ella a la menor (sic) brevedad posible; pues la ley le permite a aquella, acudir a la justicia ordinaria para demandar la eventual nulidad de la póliza por la preexistencia y no lo ha hecho hasta la fecha.

Considera que en aplicación del derecho a la igualdad, en este caso se deben seguir los

procedimientos que la Corte Constitucional¹ ha señalado que deben emplearse con las personas enfermas o contagiadas por el VIH o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Por lo anterior, solicita:

(i) Como medida previa, se ordene a la accionada ocuparse de la cuenta del tratamiento que se estaba causando por la hospitalización del agenciado, de forma provisional y mientras se dictaba sentencia.

(ii) Como pretensiones definitivas, que se ordene a la Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., que dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la sentencia de tutela, expida la orden para sumir el total del tratamiento pasado, presente y futuro que requiera el agenciado por las enfermedades del VIH y relacionadas con él, conforme a los amparos establecidos en la póliza de seguros de salud contratada y con lo establecido en el artículo 20 del Decreto 806 de 1998 por haber omitido verificar si tenía o no afiliación a una EPS y demás normas aplicables al caso.

2. – Actuación en el juzgado.

El Juzgado 13 Civil Municipal de Cali en el auto en que admite la actuación, ordena vincular a la parte pasiva a la Clínica Valle de Lili y al Fosyga. Decreta como prueba la valoración del agenciado por medicina legal, a fin de que se determinen las causas que originaron su enfermedad; a la vez, niega la realización de una inspección judicial solicitada por la actora para constatar la enfermedad, e igualmente, la medida provisional solicitada por cuanto para ese momento se le estaba prestando atención médica al enfermo. Como consecuencia de lo anterior, se allegan al proceso las siguientes respuestas:

2.1. Respuesta de Suramericana de Seguros S.A.2

El representante legal de esta entidad, solicita que se niegue la tutela propuesta en contra de la misma, porque de su parte no se ha violado derecho fundamental alguno al agenciado, ya que su conducta ha sido la de dar aplicación al clausulado del contrato comercial de seguro que los une. Sostiene que esto lleva a la improcedencia de este trámite a la luz del artículo 86 de la Constitución que dispone que la tutela solo procede cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa, salvo que se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, y que en el caso no se dan los presupuestos que la jurisprudencia constitucional ha indicado para considerar la existencia de un perjuicio irremediable y así el problema se contrae a una controversia de carácter contractual donde es al juez civil a quien compete dirimirlo. Igualmente considera que es improcedente esta tutela porque su finalidad es la obtención de un reconocimiento de carácter económico cual es el cubrimiento de unos gastos médicos y hospitalarios del agenciado.

Manifiesta que el contrato de seguros fue convenido como un Plan Adicional de Salud PAS, a la luz de los artículos 17 al 22 del Decreto 806 de 1998, en el que en las cláusulas generales, se pactó la exclusión de los tratamientos médico hospitalarios sin cirugía y las enfermedades o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza; que por tanto, su objeción a la prestación del servicio con base en ello, no constituye violación a derechos fundamentales, porque la compañía solo está ejecutando un contrato de seguros en los que a las aseguradoras les está legalmente permitido, a través de exclusiones, delimitar en el tiempo los amparos a otorgar y así asumir o no los hechos o circunstancias que, o bien podrían generar un siniestro o agravar el riesgo asegurado.

Expone como razones para no haber autorizado la práctica del procedimiento solicitado por la parte accionante, que el agenciado presentaba un cuadro clínico anterior al momento de

contratar la póliza, consistente en un padecimiento de VIH desde hacía 15 años, lo que constituía un riesgo inasegurable a la luz del artículo 1054 del Código de Comercio y constaba en las condiciones generales y especiales de la póliza de salud global del contrato suscrito con la agente oficiosa, que por tanto eran conocidas y aceptadas por ella y en tales condiciones las ha renovado año tras año. Dice que aunque el asegurado omitió declarar su padecimiento al momento de contratar, ya era cierta porque dicha enfermedad lo haría incurrir en molestias de salud como las que presenta en la actualidad: dolor abdominal, adenoplastias iliacas y descartar linfomas podrían ser secundario (sic) al VIH.

Alega que en tales condiciones el juez natural para dirimir esta controversia es el juez civil, ante quien las partes tengan la oportunidad probatoria suficiente para soportar sus posiciones, ya que estima se está frente a un hecho de reticencia³, que de haberse conocido oportunamente, habría ocasionado que el contrato de seguros no se celebrara o que se hubiera hecho en condiciones más onerosas.

Además, considera que se debe atender la diferencia de la naturaleza de un contrato de seguro de salud y la de las prestaciones derivadas del sistema de seguridad social en salud, porque los parámetros del primero no son generales, sino que obedecen a la autonomía de la voluntad de las partes y la buena fe para determinar la asunción de riesgos, las preexistencias y cubrimientos y por ello, la no autorización de un servicio por considerar que no está cubierto, es el ejercicio del derecho contractual del asegurador que está tutelado por la ley y por tanto, con ello no hay violación a derechos fundamentales.

2.2.- Respuesta del Ministerio de la Protección Social – Fosyga-.4

La funcionaria encargada por la entidad oficial para atender estos asuntos, reproduciendo el texto pertinente de las pretensiones de la tutela, considera que la atención médica al agenciado debe prestarse bajo las condiciones del contrato suscrito entre la accionada y la

actora, por ser éste, ley para las partes. Estima que la falta de vinculación del agenciado al sistema de seguridad social en salud, además de ser una infracción de la aseguradora demandada por omitir la verificación que le ordenaba el artículo 20 del Decreto 806 de 1998, impide por parte del ente estatal la aplicación de la Resolución 5261 de 1994 que establece lo relativo al plan obligatorio de salud en cuanto a enfermedades catastróficas, donde se exige cotización mínima de 100 semanas para el efecto.

Por los anteriores motivos, solicita excluir al Ministerio de la Protección Social – Fosyga- de las responsabilidades que se endilgan en la presente acción de tutela.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

2.3.- Respuesta Fundación Clínica Valle de Lili.5

En comunicación fechada el 17 de agosto de 2005, esta institución responde el requerimiento del despacho judicial, anunciando que para dar claridad al caso, hace las siguientes precisiones:

“ 1. Se trata de un paciente de 41 años que ingresó el 4 de agosto de 2005 y ha sido manejado en nuestra institución por cusa de las siguientes patologías:

- * Enfermedad avanzada por VIH
- * Criptococosis diseminada meníngea
- * Tuberculosis pulmonar
- * Hepatitis B
- * Neuropatía infecciosa
- * Depresión menor

2. Hasta la fecha ninguna entidad ha asumido los costos correspondientes a su atención por

lo cual estos servicios han sido facturados al usuario en forma particular.”

II.- DECISIONES OBJETO DE REVISIÓN.

1. Sentencia de primera instancia.⁶

El Juzgado Trece Civil Municipal de Cali, en fallo del 29 de agosto de 2005, ampara los derechos fundamentales “a la vida en condiciones dignas y justas y el derecho a la seguridad social” (sic) del agenciado, concediéndole la tutela como mecanismo transitorio para evitarle un perjuicio irremediable y, ordena a la aseguradora accionada que: “ dentro del término de cuarenta y ocho (48) horas contados a partir de la notificación de esta (sic) proveído, proceda a destinar los mecanismos necesarios para autorizar la practica de los procedimientos solicitados por el accionante para su tratamiento, al tenor de las cláusulas contenidas en la póliza de salud global familiar No. 707620, incluyendo dicha autorización el cubrimiento de los gastos impagados ocasionados con su hospitalización”; se advierte en la providencia, que esta protección por ser transitoria, solo tendrá vigencia durante el tiempo que le tome al juez competente decidir de fondo la acción que deberá instaurar el actor. Se decide igualmente, desvincular del trámite al Ministerio de la Protección Social -Fosyga.

Al adoptar su decisión, el a-quo expuso las siguientes consideraciones: (i) que el conflicto expuesto por las partes, ciertamente debía decidirse en forma definitiva por otra vía o mecanismo ante la jurisdicción ordinaria, pero que ante las circunstancias específicas del caso, relativas al estado de salud del agenciado y al proceder censurable de la aseguradora accionada, se hacía necesaria una protección transitoria por tutela, ya que por la negativa de la demandada se evidenciaba un perjuicio irreparable para el actor y decisión diferente, que le ordenara el previo agotamiento de un trámite que es demorado, implicaría desconocerle y

privarlo de un derecho de corte supralegal, condenarlo a los sufrimientos y padecimientos de la enfermedad y a su posible deceso; (ii) que si bien de la evaluación efectuada por medicina legal al agenciado no puede concluirse con exactitud la fecha de inicio de su padecimiento del VIH, en este sí se advierte que es poco probable que en pacientes con esas características tarde más de 15 años en aparecer la sintomatología propia de esa patología; razón por la que consideró, se justifica la intervención del juez de tutela para garantizar derechos fundamentales prevalentes, interpretando la preexistencia en favor de la parte débil de la contratación que es el asegurado, procurando así un equilibrio contractual frente a quien goza en ese convenio de una posición dominante en el manejo de los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de lo contratado, dentro de lo cuál están servicios quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales, pues es quien en concreto decide si cubre o no un determinado gasto; (iii) que en los contratos que involucran la salud, cobra mayor exigencia el principio consagrado por el artículo 83 de la Constitución Política para que éstos se interpreten y ejecuten con base en el principio de buena fe y la conducta de la aseguradora accionada al optar por aplicar su propia interpretación para negarle el derecho prestacional a la seguridad social no autorizándole la práctica del procedimiento solicitado, es violatoria de derechos fundamentales al ponerle en riesgo de perder la vida e impedirle llevar una vida en condiciones dignas, evidenciándose entonces la existencia de la conexidad necesaria para su amparo por esta vía; y al punto advierte que el mencionado derecho no solo cubre el de las prestaciones económicas a que la persona tiene prerrogativa por estar vinculada a determinada entidad, sino que igualmente compete al Estado la prestación del servicio de salud como tal, en aras de preservar la vida de los asociados y (iv) finalmente, concluyó que en el caso no hay hechos por los cuales deba responder el Ministerio de la Protección Social – Fosyga, accediendo a su desvinculación de la actuación.

1.1.- Impugnación de la accionada Suramericana de Seguros S.A.7

El representante de la aseguradora demandada al impugnar la anterior decisión, advierte le ha dado cumplimiento al fallo autorizando el cubrimiento del servicio de salud reclamado para el señor Múnera e insiste en sus alegaciones de improcedencia de la acción de tutela

por no ser la materia objeto para decidir por esta vía, considerando por ello que con la decisión atacada se le está vulnerando a su patrocinada el debido proceso que está en los mecanismos ordinarios establecidos para que se decidan las pretensiones contractuales.

Recalca que no se trata de un contrato de medicina prepagada como equivocadamente lo consideró el juez, sino de uno de seguros en que la obligación de indemnizar del asegurador es condicional, atada a un suceso protegido en el contrato, por lo que frente a aquellos que están excluidos del mismo, no puede ser obligado a responder ni por la ley ni por el juez, y manifiesta que como en su condición de entidad aseguradora no es partícipe del sistema de seguridad social en salud creado por la ley 100 de 1993, es a las entidades propias que define ese sistema a las que corresponde atender las prestaciones de salud del accionante.

1.2.- Impugnación adhesiva de la parte accionante.-8

A su turno, el apoderado de la actora apela la decisión de primera instancia con el fin de que sea adicionada, porque considera que en ella el juez omitió pronunciarse sobre la obligación de la aseguradora de proteger al agenciado mediante la afiliación a la EPS de la accionada, para que sea ésta la que cubra los costos de la atención médica que requiera el agenciado, una vez se haya agotado el valor asegurado de la póliza. Plantea que así debe determinarse, en virtud de la sanción que le impone el parágrafo del artículo 20 del decreto 806 de 1998 y partiendo de su conclusión sobre la naturaleza de ese contrato de seguro, de la que dice equivale a la de un plan adicional de salud y como ellos son los regulados en este aspecto por la disposición que invoca, es entonces aplicable esa normatividad para la ocasión.

2.- Sentencia de segunda instancia.9

De la segunda instancia conoce el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Cali, que por sentencia del 11 de octubre de 2005, revoca la decisión recurrida, salvo en lo que corresponde a la exclusión del Fosyga de la actuación, que la confirma. De acuerdo con lo expuesto por el ad-quem, existían razones de hecho y de derecho por las cuales la tutela no podía concederse como lo hizo el juez municipal, las cuales se sintetizan así:

(i) que lo pretendido por la parte accionante no estaba encaminado a obtener de la demandada la prestación de servicios de salud para preservar la vida, sino el pago de las cuentas de hospitalización del agenciado, lo que deduce de lo consignado en las pretensiones provisionales y definitivas de la demanda y del escrito de apelación adhesiva; afirma que siendo entonces una pretensión de carácter económico, no es materia para ser decidida o agilizada a través del mecanismo de la acción de tutela, sino que debe someterse a un proceso ordinario;

(ii) que como el enfermo para ese momento se encontraba recibiendo el tratamiento médico correspondiente, no había la inminencia de un perjuicio irremediable a los derechos a la salud, seguridad social y a la vida del agenciado y el no pago de esas cuentas no originaba vulneración a los mismos;

(iii) que frente a la circunstancia de la alegada incapacidad económica del afectado para asumir los gastos de su tratamiento, éste debe remitirse a las prescripciones del artículo 3º de la Ley 972 de 2005¹⁰, por ser una situación específicamente contemplada en esa norma, donde se asigna al Estado la obligatoriedad de su atención;

(iv) que la tutela era improcedente para definir las diferencias contractuales de las partes respecto de la carga del pago de las cuentas, lo atinente a la preexistencia, la calificación de la naturaleza del contrato de seguro, el estado de subordinación de la asegurada y para la aplicación de sanciones por omisión de la aseguradora, por ser todas estas controversias

derivadas de la relación comercial y para las cuales existe un medio judicial ordinario para dirimir las, que corresponde a un proceso que debe tramitarse ante la jurisdicción civil, siendo por tanto a éste al que deben acudir las partes para el efecto;

(v) que no es admisible la evaluación del estado de subordinación e indefensión efectuada por el a-quo, atendiendo al hecho que las condiciones personales de la tomadora del seguro que es médica, le permitían sopesar los beneficios de los cubrimientos o las consecuencias de las exclusiones de la póliza que adquiriría y, porque la negativa de la demandada a asumir un cubrimiento invocando el contrato, no es ejercer posición dominante sino los derechos como parte en el mismo;

(vi) y en cuanto al derecho a la igualdad invocado en la demanda, reprocha la incongruencia de la actora cuando solicita que la accionada sí se someta a promover un proceso ordinario para resolver lo atinente a la reticencia y a la eventual nulidad del contrato de seguro, mientras pretende que los demás aspectos discutidos que cree le favorecen, que también son del resorte de esa jurisdicción, se le definan por esta vía de tutela.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

III.- PRUEBAS.-

De las aportadas al proceso, se citan las siguientes por su relevancia para el caso:

1.- Allegadas por la parte actora en fotocopia simple:

1.1.- Certificado de hospitalización de Rodrigo Fernando Múnera de la Pava en la Fundación Clínica Valle de Lili, para el día 11 de Agosto de 2005, bajo el diagnóstico de: Criptococosis meníngea, HIV, y TBC, expedido por la mencionada institución.¹¹

1.2.- Registro de la historia clínica de la unidad de urgencias de la mencionada clínica, de fecha 4 de agosto de 2005, en que se describe el cuadro clínico que presentaba el agenciado al acudir a la misma.¹²

1.3.- Renovación de la Póliza de seguro familiar de salud – Salud global familiar- No. 707620 de “Suramericana” de fecha noviembre 10 de 2004, con vigencia del 2004-12-02 al 2005-12-02, en que se registra como tomador a Maria del C. Múnera y como asegurado a Rodrigo F. Múnera, y se indican las coberturas y valores de las mismas, junto con los anexos relativos a la especificación de las coberturas, exclusiones, limitaciones y demás condiciones generales.¹³

1.4.- Cuenta parcial por servicios hospitalarios prestados al señor Múnera de la Pava, con corte al 08-08-2005, por valor de \$3.944.48614 y final a 18-08-2005 por \$9.900.00015

1.5.- Documento aportado el 22 de agosto de 2005, dirigido al juez de la tutela, suscrito por Rodrigo Fernando Múnera de la Pava, en que le manifiesta bajo la gravedad del juramento que su declaración al médico que conocía que desde hacía aproximadamente 15 años tenía de la enfermedad del HIV, la hizo simple y llanamente porque lo sospechaba con fundamento en su condición de homosexual y no porque le hubiera sido diagnosticada clínicamente ni por ningún otro medio, además de que fue por la angustia y afectación psicológica que le asistían en ese momento¹⁶.

2.- Aportadas por la Compañía Suramericana de Seguros S.A., en fotocopias simples:

2.1.- Registros sobre la evolución de la hospitalización del paciente en la Clínica Valle de Lili, desde el 08-08-2005 al 18-08 de 2005, asentado por cada área de atención médica.¹⁷

2.2.- Registros de la historia clínica de la unidad de urgencias de la mencionada clínica, de fechas 3 y 4 de agosto de 2005.¹⁸

2.3.- Apertura de historia clínica al paciente en esa institución, fechada el 11/21/03¹⁹.

2.4.- Resultados de exámenes de laboratorio y prescripciones médicas efectuadas al agenciado durante la última de las hospitalizaciones registradas²⁰

2.5.- Registros de consultas, tratamientos y procedimientos anteriores, realizados a Múnica de la Pava en la mencionada clínica.²¹

3.- Allegada por la Clínica Valle de Lili, resumen de las patologías que padece el agenciado junto con la constancia de facturación de los servicios al mismo como particular, remitida por la Clínica al juzgado.²²

4.- Ordenada por el juzgado:

Informe técnico médico legal del 22 de agosto de 2005²³, remitido por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, donde se da respuesta a la orden de examinar al agenciado, impartida por el juez de primera instancia el 12 del mismo mes²⁴.

IV.- CONSIDERACIONES DE LA CORTE CONSTITUCIONAL.

1. - Competencia.

Esta Corte es competente para conocer el 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.

2. - Problema jurídico

La Corte en este caso, debe definir si tratándose de contratos de seguro en salud, es válida la oposición de consideraciones de preexistencias que no fueron determinadas previamente a la suscripción, para que la aseguradora se niegue a dar el cubrimiento de riesgos que integran el objeto de la contratación y de que da cuenta la póliza respectiva, y si es procedente acudir a la tutela como instrumento para garantizar la efectividad del derecho involucrado en esa protección.

Para el efecto, la Sala acudirá a la reiterada jurisprudencia que ha expuesto la Corporación sobre el tema de las preexistencias en salud, a fin de establecer la viabilidad de su aplicación

o no para este tipo de contratos y decidir el caso concreto.

3.- Las preexistencias en salud, deben determinarse en forma taxativa al suscribirse el respectivo contrato. Necesidad de practicar exámenes médicos previos para poder establecerlas.

Esta Corte ha abordado el tema de las preexistencias en salud, especialmente al ocuparse de las controversias que surgen en los contratos de medicina prepagada²⁵, en los que son procedentes sus estipulaciones por corresponder a un convenio privado. Se han definido como aquellas afecciones o daños en la salud de los beneficiarios del respectivo contrato, que por ser anteriores al mismo, no quedan cubiertas por sus cláusulas; y atendiendo a esta precisa definición, en la consistente jurisprudencia sobre el tema ha aclarado que, para ser preexistencias deben estar consignadas de manera expresa en el contrato desde el momento de su celebración, con miras a dar a las partes la claridad necesaria en las relaciones emanadas del convenio. Por consiguiente, no serán oponibles como tales, sino aquellas que se contemplen explícitamente en el documento respectivo, para lo cuál, la respectiva compañía está obligada a efectuar un examen médico a cada beneficiario al momento del ingreso, de modo que le permita detectar anomalías o enfermedades que no queden cubiertas, dejando la respectiva constancia, conocida por ambas partes. Ha dicho la Corporación al respecto:

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

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

Por supuesto, en razón de la seguridad jurídica, las partes contratantes deben gozar de plena

certidumbre acerca del alcance de la protección derivada del contrato y, por tanto de los servicios médico asistenciales y quirúrgicos a los que se obliga la entidad de medicina prepagada y que, en consecuencia, pueden ser demandados y exigidos por los usuarios.

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

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

Sobre esas bases, determinada con claridad la situación de salud vigente a la fecha del contrato en lo que respecta a cada uno de los beneficiarios, se deben consignar de manera expresa y taxativa las preexistencias, de modo que las enfermedades y afecciones no comprendidas en dicha enunciación deben ser asumidas por la entidad de medicina prepagada con cargo al correspondiente acuerdo contractual”²⁶.

Posteriormente y afianzando la línea jurisprudencial enunciada, la Corte de manera expresa precisó en sus conclusiones, que en este tipo de contratos en ningún momento pueden haber estipulaciones genéricas de preexistencias y por tanto, el rechazo para que bajo esta figura, entrara la empresa a determinarlas con posterioridad al inicio de la ejecución del contrato. Dijo la Corporación:

“Las condiciones de expresión y taxatividad de aquellos padecimientos no cubiertos por el objeto contractual, suponen un impedimento para que sean pactados en forma genérica, es decir, sin atender a las condiciones particulares del usuario dispuesto a contratar con la compañía de medicina prepagada, entre otras razones porque con dicha exigencia no se le está obligando a la entidad a algo imposible, pues cuenta con el personal y los equipos necesarios para establecer con exactitud, antes de celebrar la convención, las dolencias físicas del usuario que no asumirá. Luego, estas excepciones a la cobertura deben derivarse de un examen médico previo a la celebración del contrato, el cual debe ser practicado al usuario por la compañía de medicina prepagada que, en todo caso, puede ser objetado por él con exámenes sustentados, practicados por profesionales de la medicina extraños a la compañía, en caso de duda o desacuerdo.

De esta forma, la compañía que se dispone a prestar los servicios no puede durante la ejecución del contrato cambiar las reglas de juego inicialmente pactadas, pues ello se traduciría en una falta grave a la ley aplicada en la respectiva convención y, sobre todo, a los postulados de la buena fe que por tal razón la vinculan. Más si se tiene en cuenta que frente a las compañías de medicina prepagada, los usuarios son débiles y están en cierto grado de indefensión, pues son ellas quienes deciden, en principio, sobre la prestación de tales servicios, tienen la facultad y el personal idóneo para definir, por ejemplo, si una enfermedad es o no congénita, o si se tenía antes de contratar o se adquirió durante la ejecución del contrato, posibilidades lejanas a los usuarios y que, por ende, explican por sí mismas la obligación de claridad, expresión y taxatividad de las exclusiones.

En conclusión, las compañías de medicina prepagada 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” 27.

En este sentido se ha concluido entonces, que para que una empresa de medicina prepagada pueda liberarse de la asistencia en salud que se le reclama, en razón de que sea una preexistencia, ésta debió haberla determinado médica y científicamente desde antes de suscribir el contrato respectivo y que debió haberla dado a conocer específicamente del tomador y obtener su aceptación sobre la misma, pues no pueden ser con posteriores suposiciones o verificaciones médicas de carácter retroactivo que las establezca y, mucho menos que unilateralmente las imponga para sustraerse de la obligación que adquirió al suscribir el contrato cuando no hizo ninguna especificación sobre ella.

Ahora bien, es claro que quien adquiere uno de estos planes de cubrimiento adicional a los servicios obligatorios que debe proveer el Sistema de Seguridad Social en salud, lo hace de manera voluntaria, pero es buscándose una mayor protección a la atención a su salud, que procura garantizar que cuando requiera de ciertos servicios, los que contrata, éstos le sean prestados de manera oportuna y eficiente y su costo asumido por la entidad aseguradora de acuerdo con las condiciones pactadas en la póliza respectiva; por ello, partiendo de la consensualidad que enmarca este negocio jurídico, en principio, cualquier incumplimiento del contrato, así como las controversias que en su ejecución se susciten por las disímiles interpretaciones que hagan las partes de sus cláusulas, deben tramitarse ante los jueces ordinarios a quienes legalmente se les ha asignado la competencia para dirimir esas diferencias contractuales.

No obstante, ha considerado la Corte Constitucional que cuando la expectativa del riesgo pactado en salud se concreta, cambia el ámbito de los derechos que se encuentran en juego

por el incumplimiento del contrato de medicina prepagada, desplazando los de naturaleza meramente prestacional representados en el acceso a los servicios que se han concertado, para involucrar derechos fundamentales del beneficiario de la póliza como son la vida y la integridad personal, y en ese contexto, es viable acudir a la acción de tutela para su protección.

En el anterior marco conceptual, la Corporación ha entendido que el sentido de las anteriores previsiones es completamente aplicable tratándose de contratos de seguro en que el objeto de la gestión, específicamente considerado, tiene efecto en la salud y en la vida del asegurado por razón de la materia de la cobertura, ya que por este hecho, no puede mirarse bajo la misma óptica que cualquiera otra convención en seguros. Así ha determinado que en estos contratos, las preexistencias también deben determinarse en forma taxativa al momento de suscribirlos, con base en exámenes médicos que la empresa aseguradora realice a los asegurados a fin de que conozcan y consientan qué eventos de su salud no quedan amparados porque ya los padece. Dijo concretamente la Corte al respecto:

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

Lo mismo puede afirmarse de compañías de seguros, como la involucrada en este proceso, en las cuales es menester que se analice el objeto de la protección que ofrecen en caso de siniestro. Si de él resulta que la prestación correspondiente es puramente económica, no tendría cabida la tutela, en cuanto se dirimiría el conflicto ante la jurisdicción ordinaria, pero

si el objeto de la gestión específicamente considerado tiene efecto en la salud y en la vida de una persona por razón de la materia de la cobertura, puede ser viable una acción de tutela para el fin constitucional de amparar tales derechos fundamentales.

[...]

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

Esta Sala no tiene duda acerca de que la compañía de seguros no puede deducir a posteriori una preexistencia, para oponerla al afiliado y negar atención, pues al hacerlo contradice el sentido mismo de tal figura. Es previa y debe conocerse de antemano, para que la entidad y quien con ella contrata sepan con certeza qué aspectos de la salud de los beneficiarios no se encuentran amparados”²⁸

Como se observa, para llegar a esta asimilación y definir los mecanismos procedentes de reclamación tratándose de contratos de seguros, la Corte en esa oportunidad también hizo abstracción de la naturaleza del objeto que se ampara en ellos, para concluir que, si la prestación correspondiente es puramente económica, no tendría cabida la tutela debiéndose dirimir la controversia en la jurisdicción ordinaria; pero si el objeto de amparo o materia de la cobertura tiene repercusiones en la salud, integridad personal y en la vida del asegurado, cuando su negación los pone en riesgo, es completamente viable este mecanismo extraordinario para garantizarlos.

De lo anterior igualmente se permite establecer el alcance de la protección que en la tutela se debe suministrar en los casos de reclamaciones de seguros en salud que por esta vía,

pues a partir de la distinción de la naturaleza de los servicios a cargo de las entidades prestadoras de medicina prepagada o del POS, EPS, con los de las Aseguradoras que se comprometen al cubrimiento de gastos médicos mayores, donde claramente se identifica que mientras las primeras deben proveer el suministro directo del servicio de salud y a ello debe conminárseles, para las últimas, al no ocuparse de tal actividad sino de comprometerse al pago de los gastos ocasionados por los servicios médicos amparados, prestados o por prestar, la orden tutelar se centrará en que realicen dichos pagos hasta el tope pactado, bien sea directamente o a través del reembolso, cuando ya los hayan asumido los asegurados. 29

Por otra parte, es en el entendido que las estipulaciones de este tipo de contratos constituyen una ley para las partes, que su ejecución y cumplimiento está regido por el principio de la buena fe instituido en el artículo 83 de la Carta Política como rector de las actuaciones entre los particulares; por tanto, la confianza mutua³⁰ en lo que se convino desde su inicio, no puede ser quebrantada arbitrariamente con la introducción unilateral de posteriores regulaciones. Al respecto ha dicho la Corte en forma reiterada:

“Los particulares deben conducirse en todas sus actuaciones según el principio de la buena fe (CP art. 83). En el plano negocial, las partes deben comportarse con lealtad, lo que se traduce, en términos prácticos, en el respeto de los derechos ajenos y en el no abuso de los propios (CP art. 95-1). El abuso de las posiciones dominantes rompe el equilibrio contractual (...)”³¹.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

Es innegable que los contratos de seguros, aunque tienen entre sus características el ser consensuales y su ejecución se sigue en los términos del Código Civil para dar prevalencia a las estipulaciones pactadas, en la práctica corresponden a contratos de adhesión en los que

como se sabe, aunque las partes se obligan mutuamente a través de unas cláusulas y condiciones, éstas no son discutidas libre y previamente en todo su contenido, sino que están preestablecidas por una de ellas bajo un régimen legal y jurídico que así se los permite, y frente a las cuales, la otra parte simplemente expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto. Por ello, en estos negocios es mayor la exigencia en el respeto de lo pactado, dando estricto cumplimiento a lo negociado, o sea, que la interpretación del vínculo contractual debe enfocarse a que las prestaciones perseguidas como objeto del mismo, se efectivicen en la forma esperada, dando así máxima aplicación del principio de la buena fe.

Se concluye entonces, que la oposición de preexistencias que no se consignaron de manera explícita en el contrato de seguros en salud para negar el cubrimiento del riesgo reclamado, tiene efectos similares a los que se ocasionan cuando en los contratos de medicina prepagada se pretende utilizar tal posición con la misma intención, es conducta donde hay ejercicio de posición dominante con la que la compañía aseguradora elude la responsabilidad contractual, inobservando de paso el principio de buena fe y con la que se afecta la salud de los asegurados poniendo en riesgo en conexión con ella, sus derechos fundamentales a la vida e integridad personal y por tanto, es viable prodigar su amparo a través de la acción de tutela.

4.- El caso concreto.

El señor Rodrigo Fernando Múnera de la Pava, es beneficiario de una póliza de seguros en salud de la Compañía Suramericana de Seguros, no se encuentra afiliado a ninguno de los regímenes del sistema de seguridad social en salud y padece de una enfermedad catastrófica, sobre la que la aseguradora demandada, para negarse a cubrir los gastos de esa enfermedad como siniestro, alega una preexistencia que no fue expresamente establecida médicamente en el asegurado al momento de suscribirse el contrato. La señora Maria del Carmen Múnera de la Pava tomadora de la póliza, asume la condición de agente oficioso de su hermano y a través de apoderado, instaura acción de tutela en contra de la

empresa aseguradora y a favor del enfermo -que para entonces se hallaba hospitalizado-, con el fin de que se le protejan sus derechos a fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad física, a la igualdad y a la seguridad social, que ve conculcados por la conducta de la accionada.

El juez de primera instancia concede la tutela como mecanismo transitorio para proteger los derechos invocados, ordenando a la accionada que proceda a destinar los mecanismos necesarios para autorizar la práctica de los procedimientos solicitados para el tratamiento del enfermo al tenor de las cláusulas de la póliza, incluyendo el cubrimiento de los gastos impagados ocasionados por la hospitalización del mismo. En la segunda instancia se revoca la decisión al estimar que no hubo vulneración a esos derechos fundamentales del agenciado por parte de la demandada, pues la vida le ha sido resguardada con la atención médica que ha venido recibiendo y en esas circunstancias, la reclamación se dirige y se convierte en un litigio por controversias de carácter contractual y económico que por tal, no puede ser objeto de decisión en tutela.

Teniendo en cuenta la situación fáctica reseñada, la Sala de Revisión advierte que en casos como el presente en que la acción de tutela se impetra por una persona distinta al titular de los derechos fundamentales presuntamente vulnerados o su representante, resulta necesario que el juez constitucional, previamente a adoptar una decisión, se pronuncie sobre la legitimación en la causa por activa, toda vez que ante la falta de este requisito de procedibilidad, no podrá estudiarse el fondo de la cuestión planteada. Por tanto, a ello procede en la siguiente,

Consideración previa: Legitimidad del agente oficioso.

La Corte Constitucional atendiendo lo dispuesto por el artículo 10 del Decreto 2591 de 1991³², que establece en la legitimidad e interés, uno de los presupuestos básicos de

procedibilidad de la acción de tutela, ha precisado que dada su naturaleza jurídica, donde se persigue la protección de derechos fundamentales, la dignidad y autonomía de la persona para autodeterminarse en el ejercicio de la misma, por ser a su vez derechos esenciales, deben garantizarse; y así, ha de entenderse que la titularidad para promoverla, solo radica en las personas cuyos derechos fundamentales hayan sido vulnerados o amenazados, pudiéndola ejercer directamente o a través de sus representantes legalmente establecidos; y solo será en aquellas situaciones en que haya circunstancias que impidan al titular el ejercicio directo de tal prerrogativa, que otra persona quede legitimada para intentarla en su nombre, lo que hará en calidad de agente oficioso, sujetándose entonces a las formas y condiciones señalados en la ley para esta figura procesal.

En este contexto, ha indicado que no obstante la informalidad de la acción de tutela, esta falta de rigorismos no puede llegar hasta el punto que se desconozca lo que realmente desea el titular del derecho, ya que a pesar de las buenas intenciones del tercero, sus propósitos pueden no ser los mismos que los del agenciado, y con ello podría llegarse a lesionar su dignidad humana; por lo que estima indispensable que, tratándose del agenciamiento de derechos fundamentales, el agente oficioso no solo debe afirmar que actúa como tal, sino que además, debe acreditarse que realmente el interesado no estaba en condiciones de asumir su propia defensa y con ello, si es del caso, se exija la posterior ratificación de lo actuado en su nombre³³. Así se ha expresado al respecto la Corporación:

“De acuerdo con lo dispuesto en esta norma (artículo 10 del Decreto 2591 de 1991) y con la jurisprudencia de esta Corporación, en el agenciamiento de derechos ajenos, debe estar debidamente demostrado que realmente el interesado no está en condiciones de asumir la defensa de sus propios derechos. Esta exigencia no es resultado de un capricho del legislador, ni corresponde a una mera formalidad, encaminada a obstaculizar el acceso a la administración de justicia, especialmente cuando se trata de la defensa de un derecho fundamental. No. Esta exigencia es desarrollo estricto de la Constitución sobre el respeto a la autonomía personal (art. 16). Una de las manifestaciones de esta autonomía se refleja en que

las personas, por sí mismas, decidan si hacen uso o no, y en qué momento, de las herramientas que la Constitución y la ley ponen a su alcance, para la protección de sus derechos en general, trátense de los fundamentales o de los simplemente legales.

[...]

Además, si la persona puede iniciar la acción de tutela, el hecho de que un tercero lo haga por ella, a pesar de la apariencia de bondad del gesto, éste también puede tener un significado que lesiona la dignidad del propio interesado, pues, estaría siendo considerado, por dicho tercero, como alguien incapaz de defender sus propios derechos.³⁴

Bajo estas directrices, en el presente caso se observa que la acción de tutela la promovió a través de apoderado, la hermana del señor Rodrigo Fernando Múnera de la Pava anunciando la condición de agente oficioso en que actuaba, aduciendo que para esa fecha su familiar se encontraba hospitalizado, hecho que acreditó con la certificación expedida por la institución hospitalaria correspondiente³⁵ y, se evidencia que con posterioridad, el agenciado interviene en este procedimiento al dirigirle al juez de primera instancia un escrito alusivo a los hechos, sin oponerse al trámite iniciado en su nombre³⁶.

Para la Sala, sin mayores consideraciones, las anteriores circunstancias revelan que en el presente caso se cumple con las previsiones indicadas para que sea admisible el agenciamiento de derechos fundamentales ajenos, por cuanto, hubo expresa manifestación de la condición de agente oficioso en que se actuaba, se está frente a una clarísima situación de indefensión del agenciado para ejercer directamente sus propios derechos por imposibilidad física de concurrir a hacerlo ya que se encontraba recluido en un centro hospitalario y, cuando en escrito que suscribe el titular de los derechos presuntamente vulnerados intenta hacer claridad ante el juez de instancia sobre algunos de los hechos de la actuación, está dando una clara señal de ratificación a la misma.

Efectuada entonces la anterior verificación, se retoma el caso concreto para su definición. Para el efecto, la Sala al revisar los fundamentos fácticos de la actuación, el soporte probatorio a ella aportado y de acuerdo con lo reseñado en las consideraciones jurisprudenciales que se han traído en este fallo, no le cabe duda que la presente acción de tutela es procedente para amparar los derechos fundamentales invocados por la parte que acciona, por las siguientes razones:

Se aportó al expediente copia del contrato suscrito por María del Carmen Múnera y la Compañía Suramericana de Seguros, póliza No. 707620 “Póliza de seguro familiar de salud-Salud Global Familiar” cuya última renovación era de fecha 10 de noviembre de 2004³⁷, con vigencia entre el 2004-12-02 y el 2005-12-02, en la consta que el asegurado es Rodrigo F. Múnera. Las coberturas de la citada póliza³⁸ incluyen de manera expresa el “Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)”; y si bien dentro de las exclusiones de la citada contratación se alude de manera expresa a las “enfermedades o padecimientos preexistentes al ingreso del asegurado a la póliza”³⁹, no obra ninguna anotación que de manera específica indique alguna para que sea objeto de esa exclusión, ni se acreditó que se hubiesen practicado al asegurado exámenes médicos para su detección, por lo que esta estipulación es de carácter general.

En el contrato mencionado se pacta que el asegurado tiene como amparo básico cuando padezca “Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)”, el monto de sesenta millones de pesos (\$60.000.000), independientemente de otro tipo de gastos como los de atención hospitalaria, honorarios médicos, y exámenes, entre otros, que de manera individual están especificados en la póliza.

Ahora bien, en los registros de la historia clínica del paciente aportados a la actuación, consta que la mencionada enfermedad solamente se diagnostica de manera específica al asegurado, con base en los exámenes médicos que le fueron practicados en su último ingreso en hospitalización a la clínica Valle de Lili el 4 de agosto de 2005, por lo que es claro

que para la fecha de suscripción del contrato, cuya vigencia inicia desde el año 1991, no se había establecido médicamente que la padeciera.

Se argumenta por parte de la Compañía aseguradora accionada que el problema de salud que aqueja al asegurado es preexistente al contrato, conclusión a la que llega por los síntomas que el mismo registra, de los cuales dice, que provienen de una evolución de la enfermedad superior a los 15 años, tal y como lo aceptó el paciente y quedó asentado en la consulta siquiátrica que se le realizó al paciente el 5 de agosto de 2005 después de comunicarle el diagnóstico final de su enfermedad⁴⁰.

La anterior razón no puede ser de recibo para la Sala, toda vez que al no realizarse el examen médico en el momento de suscribirse el convenio y no haberse determinado con claridad las dolencias que ya se traían, no es posible oponer como preexistencia lo que no se dejó consignado desde el principio para evadir el cubrimiento del requerido.

En las anteriores circunstancias y de acuerdo con la jurisprudencia esbozada en este fallo sobre las preexistencias en salud, resulta evidente que de acuerdo a lo pactado en el contrato, cuando es diagnosticada la enfermedad, se repite en agosto de 2005, y a nombre de Rodrigo Fernando Múnera de la Pava se solicitó a la aseguradora el cubrimiento del siniestro por la misma, el enfermo tenía derecho a que su reclamación se atendiera favorablemente porque ella no había sido expresamente excluida a la suscripción del contrato; y por tanto la negativa de la compañía a reconocer la indemnización que íntimamente se relaciona con la salud e integridad del reclamante, le afecta estos derechos fundamentales poniendo, por conexidad, en riesgo su vida y el derecho a llevarla en condiciones dignas. Pues, además de tener que sufrir los padecimientos propios de la enfermedad, estos se le hacen más gravosos precisamente por la carencia de recursos económicos para atenderlos directamente; y es evidente que cuando adquirió el seguro pensaba en contar con esta protección. Así que, aunque existan nuevas disposiciones legales en que la atención a dicha enfermedad catastrófica no se encuentra desprotegida en ninguna

circunstancia, no es para nadie un secreto que la atención por este sistema público no le ofrece las mismas condiciones de oportunidad y dignidad que si le proporciona a través de asistencia médica privada como lo había considerado y convenido al asegurarse.

Con base a lo expuesto, para la Sala en el presente caso se encuentran presentes las exigencias para prodigar el amparo a los derechos a la salud en conexidad con la vida, integridad personal y a la vida en condiciones dignas del agenciado a través de la tutela, y en consecuencia, la providencia de segunda instancia que había determinado lo contrario, será revocada. Debe aclararse como se advirtió, que dada la naturaleza de la sociedad demandada, su objeto y los términos contractuales, su obligación es proceder al reconocimiento de la indemnización pactada por el acaecimiento de la enfermedad, hasta el tope de lo contratado.

V.- DECISIÓN.-

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

R E S U E L V E :

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

PRIMERO: REVOCAR la sentencia proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Cali el 11 de octubre de 2005, por medio de la cual se revocó la sentencia de primera instancia proferida por el Juez Trece Civil Municipal de la misma ciudad, en el trámite de la acción de

tutela instaurada por Maria del Carmen Múnera de la Pava, en calidad de agente oficioso del señor Rodrigo Fernando Múnera de la Pava, en contra de La Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A., por las razones expuestas en la parte motiva. En su lugar TUTELAR el derecho a la salud en conexidad con el derecho a la vida, integridad personal y a la vida en condiciones dignas del agenciado, Rodrigo Fernando Múnera de la Pava, en las condiciones expresadas en el presente fallo.

SEGUNDO: ORDENAR a La Compañía Suramericana de Seguros de Vida S.A. que proceda a aplicar y ejecutar los términos del contrato de salud suscrito con Maria del Carmen Múnera de la Pava, donde es asegurado el agenciado, sin que pueda oponer para ello preexistencias que no hubieren sido expresamente y por escrito determinadas al momento de su suscripción.

TERCERO.- Por Secretaría líbrense las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991.

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

CLARA INÉS VARGAS HERNÁNDEZ

Magistrada Ponente

JAIME ARAÚJO RENTERÍA

Magistrado

ALFREDO BELTRÁN SIERRA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 Cita y anexa sentencia SU-480 de 1997, manifestando ser de obligatorio acatamiento por cuanto fija las pautas para el manejo de enfermedades catastróficas como el SIDA y demás asuntos pertinentes al caso.

2 Folio 261 cuaderno de primera instancia.

Produced by the free evaluation copy of TotalHTMLConverter

4 Folio 273 ídem.

5 Folio 272 id.

6 Folio 275 id.

7 Folio 289 del mismo cuaderno y 2 del cuaderno de segunda instancia.

8 Folio 10 cuaderno de segunda instancia.

9 Folio 26 ídem.

10 “ART. 3º—Las entidades que conforman el sistema general de seguridad social en salud, en lo de sus competencias, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente infectado con el VIH-Sida o que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

[...]El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida[...]”.

11 Folio 11 del cuaderno de primera instancia.

12 Folio 12 ídem.

13 Folios 16 a 39.

14 Folio 74.

15 A folio 269 id.

16 A folio 271.

17 Folios 86 a 97 id.

18 Folios 98 y 99

19 Folio 101.

20 Folios 103 a 201 ídem.

21 Folios 202 a 244..

22 Folio 272, cuyo contenido fue transcrito en el punto correspondiente a la respuesta de esta vinculada.

23 A folio 266.

24 Folio 81.

25 El numeral 1o. del Artículo 1o. del Decreto 1570 de 1993, da la siguiente definición:

“Medicina Prepagada. El Sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente decreto, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. No se consideran como entidades de prepago aquellas que se limitan a otorgar descuentos sobre el costo de la utilización de los servicios de salud, que debe ser asumido por parte de un grupo de usuarios”.

26 Sentencia T-533 de 1996, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

27 Sentencia T-290 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz.

28 Sentencia T-118 de 2000, M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

29 En la sentencia que se ha evocado en la nota al pie que precede, la diferencia de actividades se plasmó en los siguientes términos:“ En otro aspecto del análisis, es necesario distinguir entre la medicina prepagada o el POS a cargo de las EPS y un contrato de gastos médicos mayores como el que existe con la peticionaria, pues son figuras bien distintas con alcances igualmente diferentes. Mientras en los dos primeros casos, los de medicina prepagada y EPS, se trata de entidades prestatarias de servicios de salud, en el caso de los contratos de gastos médicos con una compañía de seguros no se está frente a una entidad que tenga a su cargo la prestación de estos servicios; se trata de una compañía de seguros con la cual se pacta un reembolso de los gastos que se hayan efectuado para el tratamiento

de enfermedades o lesiones que médicamente se determinen, con un tope máximo de cubrimiento [...]”.

30 Sobre el concepto doctrinal del valor ético de la confianza mutua, se puede consultar la sentencia T-059 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

31 Sentencia T-125 de 1.994, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

32 “ART. 10.—Legitimidad e interés. La acción de tutela podrá ser ejercida, en todo momento y lugar, por cualquiera persona vulnerada o amenazada en uno de sus derechos fundamentales, quien actuará por sí misma o a través de representante. Los poderes se presumirán auténticos.

También se pueden agenciar derechos ajenos cuando el titular de los mismos no este en condiciones de promover su propia defensa. Cuando tal circunstancia ocurra, deberá manifestarse en la solicitud.

También podrán ejercerla el Defensor del Pueblo y los personeros municipales”.

33 Cfr. en este sentido entre otras, las sentencias T-924 de 2004 y T-062 de 2006, M.P., Clara Inés Vargas Hernández , T-315 de 2000 M.P. José Gregorio Hernández Galindo; T-503 de 1998 y T-1012 de 1999, M.P. Alfredo Beltrán Sierra ; SU-707 de 1996 M.P. Hernando Herrera Vergara; M.P, Alfredo Beltrán Sierra; T-315 de 2000 M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

34 Sentencia T-503 de 1998, M.P. Alfredo Beltrán Sierra.

35 Folio 11, cuaderno primera instancia.

36 Obra a folio 271 de ese cuaderno.

37 Folios 245 y ss.

38 Folio 246.

39 Folio 246 vuelto.

40 Folio 97.