

EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA Y USUARIOS-Relación contractual

Sin lugar a dudas y no obstante que su objeto lo constituye la prestación de un servicio público, nada menos que el de salud, este tipo de relación entre dos particulares es de carácter contractual, lo cual supone que a él le son aplicables las normas pertinentes de los códigos Civil y Mercantil colombianos, especialmente aquella que obliga a las partes ligadas por el contrato, a ejecutarlo atendiendo a los postulados de la buena fe. Luego, como en cualquier contrato legalmente celebrado, el de medicina prepagada es una ley para los contratantes que por él se obligan. Así, deben ellos cumplir con todo lo dispuesto en sus cláusulas y no pueden ser obligados por el otro contratante a hacer lo que en ellas no está expresamente dispuesto.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Exclusión de preexistencias previa, expresa y taxativamente

En cuanto se refiere a las exclusiones o no cubrimiento de las denominadas preexistencias, en principio, el contrato de medicina prepagada se entiende celebrado para la prestación de servicios integrales que, como el adjetivo lo indica, pretenden una cobertura total para la salud del usuario. Entonces, en relación con este tema, la jurisprudencia constitucional ha sido clara en determinar que se entienden excluidos del objeto contractual, única y exclusivamente aquellos padecimientos del usuario que previa, expresa y taxativamente se encuentren mencionados en las cláusulas de la convención o en sus anexos, cuando sean considerados por los contratantes como preexistencias. 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.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Excepción a cobertura no puede plantearse de manera general

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.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Necesidad de especificar malformaciones o anomalías congénitas

Referencia: Expediente T- 157364.

Demandante: Ingrid Alexandra Mutter Amaya

Magistrado Ponente:

Dr. FABIO MORON DIAZ.

Santafé de Bogotá D.C., cuatro (4) de junio de mil novecientos noventa y ocho (1998).

I. ANTECEDENTES.

La demandante contrató con Salud Colmena S.A. los servicios de medicina prepagada, según documento 03001888006 plan Magenta y manifiesta que en un examen de rutina practicado en el Hospital San Ignacio de esta ciudad, ordenado por la empresa citada, se le diagnosticó la falta de un riñón, el izquierdo, y una estrechez de la unión ureteral vesical, ambas dolencias, de acuerdo con los médicos, de carácter congénito.

Agrega que se le recomendó la práctica de una cirugía consistente en la reimplantación ureteral derecha, para superar dicha estrechez, y que, por tal razón, se dirigió a la empresa

de medicina prepagada para que le fuera autorizada la intervención, la cual fue negada con el argumento de que las preexistencias, de acuerdo con la cláusula 4.1 del contrato, no están cubiertas por el plan.

Considera dicha negativa como violatoria de su derecho constitucional fundamental a la vida, en vista de que su estado de salud es grave y Salud Colmena Medicina Prepagada S.A. le está negando un tratamiento que no fue excluido expresamente del contrato.

II. LOS FALLOS EN REVISION.

Conoció de este asunto en primera instancia la Sala Laboral del Tribunal Superior de Santafé de Bogotá D.C., quien consideró que la demandante no suscribió el referido contrato, sino que es beneficiaria del mismo porque, en realidad, quien lo suscribió fue su padre, pero que, de todas maneras, en el documento donde se consignó la convención no se excluyó expresamente la cobertura para la estrechez de la unión ureteral vesical, lo cual indica que Salud Colmena Medicina Prepagada S.A. debe asumir los costos que la cirugía recomendada a la demandante implique, señalándola, en consecuencia, como agente activo de la vulneración del derecho fundamental invocado por negarse a cumplir cuanto le corresponde. Por consiguiente, tuteló el derecho a la vida de la demandante y ordenó a Salud Colmena Medicina Prepagada S.A. que “en el término máximo de cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de este fallo, proceda a autorizar los tratamientos, cirugías y demás procedimientos a los que hubiere lugar de conformidad con lo dispuesto por el médico tratante de la accionante y adelante los trámites que sean necesarios para que la intervención quirúrgica se realice en el menor tiempo posible con cargo al contrato de medicina prepagada suscrito entre las partes”.

Impugnada la sentencia por Salud Colmena Medicina Prepagada S.A., esgrimiendo fundamentalmente como razones de inconformidad que la dolencia de la demandante, al ser una preexistencia por corresponder a una enfermedad congénita, sí estaba excluida expresamente del contrato de medicina prepagada, de acuerdo con la cláusula 4.1., y que el presente conflicto tiene otros mecanismos judiciales para su solución, llegó a la Sala de Casación laboral de la Corte Suprema de Justicia, organismo que, en sentencia del

III. CONSIDERACIONES DE LA CORTE.

Primera. La Competencia.

La Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional es competente para pronunciarse en el asunto de la referencia, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 86 y 241-9 de la Carta Política, y los artículos 33 a 36 del decreto 2591 de 1991, habiendo sido seleccionado por la Sala correspondiente y repartido al Magistrado Sustanciador, de conformidad con el reglamento de esta Corporación.

Segunda. La Materia.

Reiterar la jurisprudencia de esta Corporación en relación con los servicios que deben prestar las compañías de medicina prepagada, de acuerdo con los contratos celebrados para el efecto y, específicamente, en cuanto atañe a la manera de estipular las exenciones por concepto de preexistencias y exclusiones.

1.- La relación entre la compañía de medicina prepagada y los usuarios.

Sin lugar a dudas y no obstante que su objeto lo constituye la prestación de un servicio público, nada menos que el de salud, este tipo de relación entre dos particulares es de carácter contractual, lo cual supone que a él le son aplicables las normas pertinentes de los códigos Civil y Mercantil colombianos, especialmente aquella que obliga a las partes ligadas por el contrato, a ejecutarlo atendiendo a los postulados de la buena fe¹. Luego, como en cualquier contrato legalmente celebrado, el de medicina prepagada es una ley para los contratantes que por él se obligan.

Así, deben ellos cumplir con todo lo dispuesto en sus cláusulas y no pueden ser obligados por el otro contratante a hacer lo que en ellas no está expresamente dispuesto. Pero en cuanto se refiere a las exclusiones o no cubrimiento de las denominadas preexistencias, la regla anteriormente señalada se invierte, en vista de que, en principio, el contrato de medicina prepagada se entiende celebrado para la prestación de servicios integrales que, como el adjetivo lo indica, pretenden una cobertura total para la salud del usuario. Entonces, en relación con este tema, la jurisprudencia constitucional ha sido clara en determinar que se entienden excluidos del objeto contractual, única y exclusivamente aquellos padecimientos del usuario que previa, expresa y taxativamente se encuentren mencionados en las cláusulas de la convención o en sus anexos, cuando sean considerados por los contratantes como

preexistencias².

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.

2.- El caso concreto.

Se trata de una usuaria de 25 años de edad, a quien la compañía de medicina prepagada Salud Colmena S.A. le negó una reimplantación ureteral derecha, con el argumento de que ella está dirigida a corregir una malformación congénita y, por tanto, excluida del plan de medicina prepagada por ser una preexistencia, de acuerdo con la cláusula 4.1 del contrato.

No obstante, observa la Sala que en ese contrato se dispuso la exclusión de las preexistencias, que comprenden “malformaciones y anomalías congénitas”, de manera general, es decir, sin consideración particular hacia Ingrid Alexandra Mutter Amaya, en cuyo contrato no se especificó cuáles de sus malformaciones o anomalías congénitas (preexistencias) quedaban por fuera de la cobertura y, por las razones arriba expuestas, el implante requerido por la peticionaria no se encuentra excluido.

Ahora bien, la integridad personal de la peticionaria se encuentra efectivamente menoscabada en el presente caso, pues si los médicos tratantes le han recomendado un reimplante ureteral derecho, fuerza concluir que el conducto señalado no está presente en el riñón correspondiente. Y mientras más se prolongue este padecimiento, pudiendo superarlo, como lo ha manifestado esta Corporación en repetidas ocasiones, más se viola el derecho constitucional fundamental a la vida de la interesada, pues él no significa el simple hecho de poderse mantener viva, de cualquier manera, sino que, por el contrario, esa existencia debe ser digna y de la cual, actualmente, se encuentra muy lejos porque está sometida a dolores, molestias e incomodidades que bien podrían ser dejados atrás con el reimplante que le fue ordenado.

Se equivoca rotundamente la compañía de medicina prepagada al pensar que por no estar en peligro de muerte la peticionaria, esta tutela es improcedente, en vista de que con lo anterior se encuentra suficientemente demostrada la vulneración de sus derechos constitucionales fundamentales a la integridad personal y a la vida, pues, como quedó sentado, éste no significa cualquier existencia, sino una existencia digna. Además, condicionar la intervención del juez de tutela a que la muerte sea inminente, no solamente sería negar el objetivo médico que, ante todo, es evitarla, sino someter injustamente a una persona a una situación desde todo punto de vista indeseable.

De otro lado, debe señalar la Sala que la demandante cuenta con otros mecanismos de defensa judicial de sus derechos, toda vez que, se repite, la relación que tiene con la

compañía de medicina prepagada es de carácter contractual, pero esos mecanismos judiciales de defensa a que se refirieron Salud Colmena S.A. y el ad quem, llevados por la misma equivocación, son completamente ineficaces para proteger los derechos aquí invocados y, aunque la tutela no haya sido iniciada como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable, este juez de tutela en sede de revisión lo considera evidente, señalando que, por tan simple razón, no hay lugar a rechazarla como se hizo en segunda instancia.

Finalmente, en el expediente no existe prueba de que el reimplante le haya sido practicado a Ingrid Alexandra, no obstante el perentorio plazo dado para ello por el a quo, y aunque la Sala presume que dicha intervención quirúrgica se cumplió, confirmará su decisión y advertirá que la orden por el Tribunal emitida solamente deberá cumplirse en caso de que Salud Colmena así no lo haya hecho.

En mérito de lo expuesto, la Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del Pueblo y por mandato de la Constitución Nacional,

RESUELVE

Primero. REVOCAR la sentencia pronunciada dentro del presente asunto por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, el 22 de enero de 1998.

Segundo. CONFIRMAR en su integridad la sentencia expedida en primera instancia por la Sala Laboral del Tribunal Superior de Santafé de Bogotá D.C., el 26 de noviembre de 1997 y por medio de la cual se tuteló el derecho contitucional fundamental invocado por la demandante, Ingrid Alexandra Mutter Amaya.

Tercero. ADVERTIR que la orden dictada por el a quo solamente deberá cumplirse, en caso de que Salud Colmena S.A. no lo haya hecho y en el mismo término indicado por el Tribunal, pero contado a partir de la notificación de la presente providencia.

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

FABIO MORON DIAZ

Magistrado

VLADIMIRO NARANJO MESA

Magistrado

CARMENZA ISAZA DE GOMEZ

Magistrada (E)

Secretaria General

1 Código Civil, artículo 1602.

2 Corte Constitucional, Sala Quinta de Revisión, Sentencia T-533 de 1996, M.P. José Gregorio Hernández Galindo, reiterada en las Sentencias SU 039 de 1998, Sala Plena, M.P. Hernando Herrera Vergara, T-104 y T-105 del mismo año, Sala Séptima de Revisión, M.P. Alejandro Martínez Caballero, entre otras.