

Sentencia T-325/14

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

El derecho fundamental de los niños y niñas debe ser atendido en forma inmediata y prioritaria, con miras a garantizar su desarrollo armónico e integral, de tal manera que sus necesidades sean cubiertas de manera eficaz.

DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD- Protección constitucional

Las personas con limitaciones, transitorias o permanentes, cuentan con una protección reforzada por parte del ordenamiento jurídico. Esta protección reforzada, en relación con los menores, se traduce en el derecho que les asiste a la realización de un tratamiento integral con miras a lograr su integración social. En este sentido se le deben ofrecer al menor todos los medios posibles que permitan obtener dicha integración, teniendo en cuenta además, que “este proceso puede tener ingredientes médicos y educativos (...)”.

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD EN PLANES ADICIONALES DE SALUD-Jurisprudencia constitucional

Las empresas que prestan planes adicionales de salud, asumen el deber de garantizar la prestación del servicio público de salud a sus usuarios, de acuerdo con los principios de continuidad, calidad e integralidad, y cuando se desconocen estos principios, se pueden vulnerar o poner en riesgo los derechos fundamentales de los usuarios a la vida, la salud o la integridad personal, haciendo que la acción de tutela se constituya en un mecanismo judicial procedente para pronunciarse sobre la protección de estos derechos.

PREEXISTENCIA EN PLANES ADICIONALES DE SALUD-Jurisprudencia sobre oposición de preexistencias por parte de entidades prestadoras de los planes complementarios de salud

CONTRATO DE SEGUROS DE SALUD-Allanamiento al incumplimiento y reticencia

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE SALUD-Procedencia por vulneración de derechos de menor con discapacidad a quien se revocó unilateralmente la

póliza de salud bajo el argumento de no haber informado preexistencia

DERECHO A LA SALUD, A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y AL DESARROLLO ARMÓNICO E INTEGRAL DE MENOR EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD-Orden a Compañía reanude póliza de Salud Plan adicional de salud y garantice la continuidad en la salud, sin oponer válidamente exclusión de preexistencias

Referencia: expediente T-4219603

Acción de tutela instaurada por la señora Keila Guillin Bayona, en representación de su hija menor Evelyn Mariana Quintero Guillin, contra Seguros de Vida Suramericana S.A.

Magistrada Ponente:

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Bogotá, D.C., tres (3) de junio de dos mil catorce (2014).

La Sala Primera de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados María Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo y Luis Guillermo Guerrero Pérez, en ejercicio de sus atribuciones constitucionales y previo el cumplimiento de los requisitos y trámites legales y reglamentarios, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

En el proceso de revisión del fallo proferido por el Juzgado Décimo Civil Municipal de San José de Cúcuta el veintidós (22) de octubre de dos mil trece (2013), dentro de la acción de tutela promovida por la señora Keila Guillin Bayona.[1]

I. ANTECEDENTES

La señora Keila Guillin Bayona, actuando en representación de su hija Evelyn Mariana Quintero Bayona, interpuso acción de tutela en contra de Seguros de Vida Suramericana S.A., porque considera que esta entidad vulneró los derechos fundamentales de su hija a la vida, la salud y la seguridad social, al terminar su contrato de seguro argumentando que no se le informaron las patologías que padece la menor. Por su parte, Seguros de Vida Suramericana S.A. sostiene que no vulneró ningún derecho, porque su actuación se ajustó a

las normas legales que regulan el contrato de seguro. Los hechos de la presente acción de tutela son los siguientes:

1. Hechos

1.1. Evelyn Mariana Quintero Guillin nació el cuatro (4) de octubre de dos mil diez (2010).[2] Al momento de su nacimiento, fué ingresada a la unidad de cuidados intensivos por mala adaptación neonatal, con diagnóstico prenatal de aneurisma de la vena de galeno.[3][4]

1.2. El veintidós (22) de noviembre de dos mil diez (2010), el señor Yesid Evelio Quintero Isaza, padre de Evelyn Mariana Quintero Guillin,[5] un (1) mes y unos días después de nacida, la ingresó como beneficiaria de la póliza de salud Plan Clásico Global Familiar No. 877465, expedida por la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A.

1.3. La señora Keila Guillin Bayona, madre de la menor, afirma que la compañía Seguros de Vida Suramericana S.A. “ha venido cumpliendo sus expectativas con los diferentes tratamientos realizados a [su] hija”. [6] Sin embargo, señala que mediante comunicación del veintiséis (26) de agosto de dos mil trece (2013), la compañía aseguradora accionada le informó que daba por terminado el contrato de seguro de salud de la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin, porque al momento de asegurarla no se le informaron las patologías que sufre la menor.

1.4. La señora Keila Guillin Bayona afirma que al momento de ingresar a la menor como beneficiaria del contrato de seguro de salud no tenían conocimiento de las enfermedades que padece Evelyn Mariana Quintero Guillin, porque estaba recién nacida, razón por la cual no le ocultaron información alguna a Seguros de Vida Suramericana S.A. Asimismo, señala que una funcionaria de la compañía aseguradora le informó, que luego de tres (3) años de vigencia del contrato de seguro, las preexistencias estarían cubiertas por la póliza.[7]

1.5. Por las razones expuestas, la señora Keila Guillin Bayona considera que Seguros de Vida Suramericana S.A. “no le puede retirar los servicios a [su] menor hija [...] ni el tratamiento para la recuperación de su salud, ni ningún otro tratamiento que se requiera para mantener la estabilidad de su salud en su condición especial”. [8]

1.6. En consecuencia, solicita que se tutelen los derechos fundamentales de la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin a la salud, la vida y la seguridad social, y que se ordene a Seguros de Vida Suramericana S.A. “prestar el servicio de atención médica oportuna con los especialistas que se requieran y los respectivos tratamientos para salvaguardar la vida y la salud de [su] menor hija [...] y que se cubra por parte de la entidad accionada todo cuanto sea necesario para su tratamiento y demás que se requieran”.[9]

2. Respuesta de la entidad accionada y la entidad vinculada

2.1. Informe presentado por Seguros de Vida Suramericana S.A.

2.1.1. Seguros de Vida Suramericana S.A. informó que el señor Yesid Evelio Quintero Isaza, tomador de la póliza Plan Salud Global Familiar No. 0863990, diligenció la solicitud de vinculación y declaración de asegurabilidad de su hija Evelyn Mariana Quintero Guillin el tres (3) de febrero de dos mil once (2011),[10] documento en el que “contestó negativamente todas las preguntas relacionadas con enfermedades anteriores a la vigencia de la póliza y manifestó que su hija [...] gozaba de buena salud y no había sido diagnosticada anteriormente con alguna enfermedad o padecimiento médico”.[11]

2.1.2. No obstante, la accionada manifiesta que existía un diagnóstico prenatal de aneurisma de la vena de galeno, que este diagnóstico fue confirmado el catorce (14) de octubre de dos mil diez (2010) luego de su nacimiento, “por lo cual es inequívoco afirmar que los padres de la menor estaban al tanto del estado de salud de su hija para la fecha”.[12]

2.1.3. La compañía afirma que el señor Yesid Evelio Quintero Isaza “omitió de mala fe declarar el estado del riesgo o de salud de la futura asegurada”, razón por la cual, “incurrió en reticencia, y por ende, vició el contrato de nulidad relativa”.[13]

2.1.4. Además, consideró que las enfermedades diagnosticadas a Evelyn Mariana Quintero Guillin, aneurisma de la vena de galeno y malformación de la vena de galeno, constituyen preexistencias no asegurables por tratarse de riesgos ciertos.

2.1.5. Teniendo en cuenta la reticencia del señor Yesid Evelio Quintero Isaza y las enfermedades preexistentes de la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin, Seguros de Vida

Suramericana S.A. decidió “revocar de forma unilateral el amparo de la póliza de salud a la menor”, con base en la facultad consagrada en el artículo 1071 del Código de Comercio[14].[15] En concepto de la entidad accionada, con esta decisión no vulneró los derechos de la menor, sino que hizo uso de una facultad legal inherente al contrato de seguro.

2.1.7. En el mismo sentido, consideró que su relación con la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin “es eminentemente contractual de la esfera del derecho privado”, que este contrato se rige por los principios de autonomía de la voluntad y buena fe, y que los riesgos y exclusiones están expresamente pactados,[19] razón por la que “no pueden modificarse las estipulaciones contractuales por vía de tutela”.[20]

2.1.8. Asimismo, informó que la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin está afiliada al Régimen de Seguridad Social en Salud, razón por la cual puede ser protegida por medio de una orden a la EPS para que autorice aquellos servicios incluidos en el POS, y que los servicios adicionales que requiera la menor deberán ser financiados por sus familiares.

2.1.9. El representante legal de Seguros de Vida Suramericana S.A. sostuvo que el tomador de la póliza de seguro de vida no está en una situación de subordinación o indefensión frente a esa compañía, porque entre ellos existe una relación contractual de derecho privado, razón por la cual no es procedente resolver los conflictos que surjan al respecto por medio de la acción de tutela. Adicionalmente, señaló que la suscripción del contrato de seguro de salud no “convierte al asegurador en el garante del derecho a la salud del asegurado”, de lo que concluye que “no está prestando el servicio público de salud” ni está vulnerando ese derecho.[21]

2.1.10. En el mismo sentido señaló que Seguros de Vida Suramericana S.A. asumió la obligación de indemnizar aquellos tratamientos médicos mediante reembolso o por autorización de servicios, indemnización que se encuentra limitada por las coberturas, exclusiones y límites pactados, de lo cual concluye que la acción de tutela objeto de estudio pretende el reconocimiento de una prestación económica, lo cual hace que este mecanismo sea improcedente y que la controversia deba ser resuelta mediante un proceso ordinario.[22]

2.1.11. Por las razones expuestas, el representante de la compañía aseguradora accionada

solicitó que se nieguen las pretensiones de la acción de tutela “por considerarlas sin fundamento jurídico a la luz del Contrato de Seguro” y porque la empresa accionada no vulneró derecho alguno.[23] Asimismo, solicitó que se ordenara a Saludcoop EPS que le brinde atención integral a la niña Evelyn Mariana Quintero Guillin por ser la entidad a la que se encuentra afiliada la menor.

2.2. Informe presentado por Saludcoop EPS.

2.2.1. El Gerente Regional de Saludcoop EPS informó que las valoraciones médicas de la menor han sido realizadas por médicos no adscritos a esa EPS.

2.2.2. Adicionalmente, señaló que no le ha negado servicio de salud alguno a la niña Evelyn Mariana Quintero Guillin, razón por la cual no ha vulnerado los derechos de la menor y debe declararse la improcedencia de la acción de tutela.[24]

2.2.3. Asimismo, dijo que la compañía aseguradora accionada deberá asumir los gastos médicos que se deriven del vínculo contractual existente, “prescritos por parte de médicos tratantes adscritos a [esa] entidad del orden particular”. [25]

3. Sentencia de instancia

El veintidós (22) de octubre de dos mil trece (2013), el Juzgado Décimo Civil Municipal de San José de Cúcuta declaró la improcedencia de la acción de tutela objeto de estudio. El juez de instancia consideró que la acción de tutela giraba en torno a establecer si hubo reticencia por parte del señor Yesid Evelio Quintero Isaza en la declaración de asegurabilidad de la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin o si la compañía aseguradora debe garantizar los servicio de salud que requiere la menor porque no realizó exámenes “exhaustivos”[26] para determinar su estado de salud. Sin embargo, consideró que la acción de tutela no es el mecanismo judicial procedente para este fin, porque se trata de una discusión que “correspond[e] estrictamente a la esfera del derecho comercial”. [27]

Adicionalmente, consideró que en el caso concreto no estaba demostrado un perjuicio irremediable que haga procedente la acción de tutela, porque la madre de la menor no informó “que la menor tenga pendiente algún servicio médico en específico” y porque la menor está afiliada a una EPS que debe brindarle los servicios médicos que requiera.

II. Actuaciones en Sede de Revisión

1. Mediante Auto del seis (6) de mayo de dos mil catorce (2014), se ordenó la práctica de algunas pruebas para establecer: i) cuál fue la fecha del primer diagnóstico de la niña Evelyn Mariana Quintero Guillin y cuáles son las enfermedades que padece; ii) cuáles son las condiciones generales y particulares de las pólizas de seguro de salud en la que aparece como asegurado el señor Yesid Evelio Quintero Isaza; iii) cuáles son los ingresos y gastos familiares de los padres de Evelyn Mariana Quintero Guillin.

2. La representante legal judicial de Seguros Generales Suramericana S.A. adjuntó copia de las condiciones generales de la póliza de Seguros de Salud Plan Salud Clásico[28] y de la póliza de Seguro de Salud Plan Salud Clásico Familiar No. 0877645-4, cuyo tomador es una persona diferente al señor Yesid Evelio Quintero Isaza.

3. Por su parte, la señora Keila Guillin Bayona aportó copia de la Pólizas de Seguro de Salud Plan Salud Clásico Familiar No. 0877465-5[29] y Plan Salud Global Familiar No. 0863990-1[30], cuyo tomador es el señor Yesid Evelio Quintero Isaza.

4. Asimismo, la señora Keila Guillin Bayona aportó copia de la historia clínica de su hija Evelyn Mariana Quintero Guillin[31]. De esta historia clínica es pertinente resaltar las siguientes anotaciones:

- En consulta del dieciséis (16) de diciembre de dos mil diez (2010), el médico neurólogo Juan José Vargas Gelvis indica:

“Paciente que nació con aneurisma de la vena de galeno, el cual fue embolizado a los 15 días de nacida, además presentó hemorragia después del procedimiento y crisis convulsivas generalizadas, por lo cual fue necesario tratarla en UCI por espacio de 16 días. Se yugularon sus crisis y salió con tratamiento de fenobarbital y epamin.

Está en tratamiento de estimulación temprana.

[...]

Sn. Alerta, se queja pero no llora, aún no sigue objetos, no sostiene la cabeza, la fontanella es normotensa, no se observa déficit motor, hipertonía generalizada.

Dx. G403 Epilepsia y síndromes epilépticos idiopáticos generalizados.”[32]

- En consulta del veinte (20) de diciembre de dos mil once (2011) con la médica oftalmopediatra Beatriz Blandón Berrío, se registra:

“Dx: Hidrocefalia por aneurisma cerebral congénito y ausencia de visión de origen neurológico. Requiere potenciales visuales evocados semestrales para revisión de impacto sobre corteza visual.”[33]

- En consulta del veinte (20) de octubre de dos mil once (2011) con el Neurocirujano Eduardo Cortés Silva, se registra:

Hidrocefalia secundaria con válvula programable (120mmHg).

Hematomas de sobre drenaje.

Relata la madre que la niña ya intenta sostén cefálico, tiene llanto para expresar hambre, disconfor (sic), también relata mejoría de convulsiones.

EF: Hemodinámicamente estable, alerta, isocorica, no fija la mirada, nistagmus horizontal, poco contacto con el medio, no parinaud, no VI par, moviliza 4 extremidades, hipotonía en miembros superiores y espasticidad grado 1 en miembros inferiores, fontanela de 0.5 x 0.5 cm, válvula funcionando, trayecto sano, intenta sostén cefálico.”[34]

- En consulta del tres (3) de marzo de dos mil doce (2012) con el Neuropediatra Gabriel Sierra Rosales, se indica:

“Impresión diagnóstica

1. Malformación de la vena de galeno.
2. Secuelas neurológicas.
3. Epilepsia refractaria [,] antecedente de síndrome de West.

Paciente con malformación aneurismática de la vena de galeno, intervenida en Medellín, por embolización transvenosa intracraneana a través de senos duros y seno falcino.

Posoperatorio hemorragia y edema cerebral importantes. Requirió 46 días en UCIN. Asiste a terapia física. En manejo con Topamaz 25 mg. 1 cada 8 horas y vigabatrim 250 mg. cada 8 horas, con mejoría de espasmos, pero con crisis tónicas asimétricas diarias.

Retraso desarrollo psicomotor, no sostén cefálico, no sedestación.

[...]

Concepto.

Lactante con diagnóstico anotado, con control parcial de crisis, se requiere terapia física de neurodesarrollo y control con EEG.”[35]

II. Consideraciones y fundamentos

1. Competencia.

Esta Sala de Revisión de la Corte Constitucional es competente para revisar los fallos de tutela proferidos dentro del trámite de la referencia, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 86, inciso 3°, y 241, numeral 9°, de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 33, 34, 35 y 36 del Decreto 2591 de 1991.

2. Problema jurídico.

Los antecedentes expuestos le plantean a la Corte Constitucional el siguiente problema jurídico:

¿Vulnera una compañía que presta Planes Adicionales de Salud – PAS –, (Seguros de Vida Suramericana S.A.) los derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal y al desarrollo integral de una niña que padece parálisis cerebral (Evelyn Mariana Quintero Guillin), al revocar unilateralmente el contrato de seguro de salud respecto de esa usuaria, argumentando que el tomador de la póliza y padre de la menor no le informó el estado de salud de la niña en la declaración de asegurabilidad y que la menor padece una enfermedad congénita preexistente excluida de amparo?

3. El derecho a la salud de las niñas y los niños es fundamental.

La Constitución Política establece que el derecho a la salud de las niñas y los niños es fundamental, cuenta con un carácter prevalente frente a los derechos de los demás y corresponde a la familia, el Estado y la sociedad garantizarles su desarrollo armónico e integral.[36]

Con fundamento en estas reglas, la Corte Constitucional reconoció en la sentencia T-760 de 2008[37] que las medidas de protección especial de los menores deben buscar garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. En dicho fallo, la Corte manifestó que “[e]l desarrollo de un menor es integral cuando se da en las diversas dimensiones de la persona (intelectual, afectiva, deportiva, social, cultural). El desarrollo de un menor es armónico cuando no se privilegia desproporcionadamente alguno de los diferentes aspectos de la formación del menor, ni cuando se excluye o minimiza en exceso alguno de ellos.[38]”. [39] En esa misma oportunidad, la Corte reiteró el carácter fundamental del derecho de los niños a la salud, e indicó que “debe ser protegido en forma inmediata por el juez constitucional en los casos en que sea amenazado o vulnerado.[40]”. [41]

Complementario a lo anterior, este Tribunal se ha ocupado de interpretar el derecho fundamental de los niños a la salud, a la luz de los tratados internacionales en la materia[42] y ha considerado que “la fundamentalidad del derecho a la salud de la niñez implica que los servicios de salud que deben brindarse son tanto aquéllos incluidos en los planes obligatorios de salud del régimen contributivo y del régimen subsidiado y en planes adicionales como aquéllas prestaciones contempladas en diferentes instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos de conformidad con los cuales deben interpretarse los derechos constitucionales”. [43]

De las anteriores consideraciones debe reiterarse que el derecho fundamental de los niños y niñas debe ser atendido en forma inmediata y prioritaria, con miras a garantizar su desarrollo armónico e integral, de tal manera que sus necesidades sean cubiertas de manera eficaz.

Ahora bien, debe tenerse en cuenta que la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin además de su condición de menor, tiene una condición que la hace sujeto de una protección especial, pues fue diagnosticada con hidrocefalia, epilepsia y pérdida visual, y requiere

tratamiento de terapias de neurodesarrollo. Esta condición hace que la protección que le debe brindar su familia, la sociedad y el Estado para garantizarle su desarrollo armónico e integral sea mayor.

Con base en los artículos 13 y 47 de la Constitución Política,[44] entre otras disposiciones, la Corte Constitucional ha indicado que se debe garantizar el derecho a la igualdad de las personas con limitaciones de manera real y efectiva. Para la consecución de este objetivo, señala la jurisprudencia, se “ordena al Estado adoptar medidas a favor de grupos discriminados o marginados, en especial aquellos que por su condición física o mental se encuentran en situaciones de debilidad manifiesta, lo que ha sido llamado por la jurisprudencia constitucional acciones afirmativas”.[45]

Las personas con limitaciones, transitorias o permanentes, cuentan con una protección reforzada por parte del ordenamiento jurídico. Esta protección reforzada, en relación con los menores, se traduce en el derecho que les asiste a la realización de un tratamiento integral con miras a lograr su integración social.[46] En este sentido se le deben ofrecer al menor todos los medios posibles que permitan obtener dicha integración, teniendo en cuenta además, que “este proceso puede tener ingredientes médicos y educativos (...)”.[47]

4. Jurisprudencia sobre el principio de continuidad en la prestación de los servicios de salud en la ejecución de planes adicionales de salud.

4.1. La Constitución Política establece que la seguridad social, de la cual hace parte la seguridad social en salud, es un derecho irrenunciable y un servicio público obligatorio que se debe prestar “en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”.[48]

En desarrollo de esta norma constitucional, la Ley 100 de 1993 señala los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre los que se incluyen los de calidad y continuidad.[49]

Al respecto, esta Corporación ha señalado que “[e]l derecho constitucional de toda persona a acceder, con continuidad, a los servicios de salud que una persona requiere, no sólo protege el derecho a mantener el servicio, también garantiza las condiciones de calidad en las que se accedía al mismo.”[50] En el mismo sentido, ha considerado que el principio de

continuidad en el servicio también se predica de aquellos contratos que tienen por objeto la prestación de Planes Adicionales de Salud – PAS –.

4.2. Por ejemplo, en la sentencia T-181 de 2004[51] se estudió una acción interpuesta en representación de un niño beneficiario de un contrato de medicina prepagada, que padecía una enfermedad congénita denominada síndrome de Sturge Weber. La compañía de medicina prepagada, se negó a continuar el tratamiento del menor, bajo el argumento de que se trataba de una enfermedad congénita excluida de la cobertura del contrato y que, aunque le había prestado al niño algunos servicios de salud, lo hizo porque para ese momento no estaba claro el diagnóstico de la enfermedad por él padecida.

La Corte sostuvo que la interrupción abrupta de los servicios de salud por parte de la entidad accionada resulta contraria al principio de continuidad en el servicio derivado del mandato constitucional de prestación eficiente de los servicios públicos, lo que, en el caso concreto, además vulneraba el derecho a la salud del menor y constituía un cambio inesperado en la reglas pactadas en el contrato que desconocía el principio de confianza legítima. En este aspecto, dijo:

“Para lo que compete al análisis constitucional, ha de señalarse que cuando se rompe la continuidad en el servicio se afectan por igual los derechos constitucionales a la salud en conexidad con la vida, pues constituye una actitud arbitraria suspender un tratamiento ya iniciado, que se torna imprescindible para la vida en este caso de un menor cuyo derecho a salud tiene rango de fundamental. Luego la decisión abrupta de COLSANITAS al suspender la atención inicialmente prestada al menor [...], encaja perfectamente en todas aquellas situaciones que la Corte ha rechazado por que revelan cambios inesperados en las reglas de juego[52] nacidas del contrato inicial y porque no se compadecen con la confianza legítima depositada en la entidad y que genera la certeza de que no puede suspenderse lo iniciado.[53]”[54]

En consecuencia, ordenó a la compañía de medicina prepagada que continuara prestando todos los servicios de salud que el niño requiriera para el tratamiento de su enfermedad congénita.

4.3. En la sentencia T-724 de 2005,[55] la Corte se pronunció igualmente sobre la eficacia del principio de continuidad en el servicio en los contratos de medicina prepagada.

En esa oportunidad, se estudió una acción interpuesta por una persona de setenta y cuatro (74) años de edad, beneficiaria de un contrato de medicina prepagada, a quien la compañía prestadora del plan adicional de salud se negó a renovar el respectivo contrato, argumentando que esa decisión estaba amparada por el principio de autonomía de la voluntad que rige los contratos privados y que los servicios de salud que requiriera la accionante podían ser prestados por la empresa promotora de salud a la que se encontraba afiliada.

En esa oportunidad la Corte consideró que los servicios de salud pueden ser suministrados por el régimen de seguridad social en salud, o por medio de los planes adicionales en salud contemplados en el Decreto 806 de 1998 “por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”. [56]

Al referirse a los contratos de medicina prepagada, la Corte señaló que es una modalidad de plan adicional de salud, y como tal, se rige por los principios de libertad económica e iniciativa privada. Pero además, teniendo en cuenta que el objeto de este tipo de contratos es la prestación del servicio público de salud, estos contratos i) están sujetos a la inspección, vigilancia y control del Estado; ii) en su ejecución le son aplicables las disposiciones constitucionales relativas al derecho a la salud; y iii) la acción de tutela es procedente en forma excepcional para la solución de las controversias que surjan de su ejecución, cuando puedan verse afectados algunos derechos fundamentales como la salud de los menores de edad. [57] Respecto de la aplicación de las normas constitucionales relativas al derecho a la salud, la Corte dijo:

“3.2. Vigencia de las disposiciones constitucionales relativas al derecho a la salud en la ejecución de los contratos. La jurisprudencia constitucional también ha establecido que las diferencias relacionadas con la naturaleza jurídica, el vínculo contractual y método de financiamiento entre las instituciones del sistema general de seguridad social en salud y las entidades que ofrecen planes adicionales de salud, no son óbice para que tanto en uno como en otro caso resulten aplicables las disposiciones constitucionales sobre el contenido y alcance del derecho a la salud. Ello por la simple circunstancia que ambos sistemas están diseñados para permitir el ejercicio del mismo derecho constitucional. Por tanto,

previsiones tales como la continuidad del servicio, el consentimiento informado de los pacientes y los principios de disponibilidad, no discriminación, asequibilidad económica, acceso a la información, aceptabilidad y calidad, entre otros, son exigibles en el marco de los planes obligatorios, al igual que los ofrecidos por la medicina prepagada.

De este modo, no resulta admisible la interpretación según la cual el contenido constitucional del derecho de la salud sólo es predicable en el caso del sistema general de seguridad social, en la medida en que los planes adicionales se regulan, de forma exclusiva, por sus previsiones contractuales reguladas por la legislación civil y comercial. En contrario, la posibilidad que entidades privadas presten el servicio de atención en salud, prevista por el artículo 49 C.P., contrae la obligación correlativa para esas instituciones de permitir el ejercicio efectivo del derecho constitucional en comento. Asunto distinto es que los contratos de medicina prepagada regulen, previa autorización estatal, el contenido de las prestaciones médico asistenciales que le son exigibles y establezcan determinadas exclusiones, pues, de cualquier forma, esta facultad carece de un alcance tal que permita restringir el contenido del derecho a la salud para el caso de los usuarios de esta clase de planes adicionales.

En definitiva, la medicina prepagada tiene sustento en una relación de naturaleza civil, en la cual el contenido de las obligaciones de las partes está regulada, en un primer momento, por el derecho privado. No obstante, el objeto de ese contrato tiene una relación inescindible con la eficacia del derecho constitucional a la salud, por lo que la interpretación del alcance de las cláusulas contractuales está supeditada, en todo caso, a la necesidad de garantizar el ejercicio cierto de ese derecho.”[58]

En aplicación de las reglas descritas al caso que en esa oportunidad debía resolver, la Corte concluyó que las especiales condiciones de vulnerabilidad de la actora, derivadas de su avanzada edad y las enfermedades graves que padecía, hacían que la negativa de la compañía de medicina prepagada en renovar el contrato pusiera en riesgo los derechos fundamentales de la actora, e imposibilitara “la eficacia del principio de continuidad del servicio de salud, que, como se señaló anteriormente, es aplicable tanto a los planes obligatorios como a los adicionales.”[59]

Asimismo, indicó que aunque la actora tenía acceso a los servicios médicos ofrecidos en el

plan obligatorio de salud POS, este hecho no desplaza la obligación de la empresa de medicina prepagada de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios, porque el Sistema General de Seguridad Social en Salud no tiene el deber de asumir las consecuencias de un ejercicio extralimitado de la autonomía privada, ya que, de aceptarse esa posición, se estaría justificando una conclusión constitucionalmente inaceptable que liberaría a las entidades que ofrecen planes adicionales de salud de sus obligaciones de protección del derecho a la salud de sus usuarios.

4.4. Los argumentos expuestos en la sentencia T-724 de 2005[60] fueron reiterados posteriormente por esta Corporación en un caso en el que se negó la renovación de un contrato de prestación de servicios de medicina prepagada familiar, del cual era beneficiario un menor de dos (2) años de edad, con problemas de salud derivados de su condición de haber nacido en forma prematura.

En efecto, en la sentencia T-660 de 2006[61] se revisaron las sentencias proferidas dentro de una acción de tutela interpuesta por una persona que era beneficiaria, junto con su familia, de un contrato de medicina prepagada colectivo. Dicho contrato fue terminado por el empleador del actor, ante lo cual este solicitó a la empresa de medicina prepagada la afiliación de su grupo familiar. La empresa accionada expidió el contrato respectivo, pero posteriormente lo canceló, argumentando que la solicitud de afiliación había sido rechazada previamente por el estado de salud de los miembros del grupo familiar. La acción de tutela se interpuso solicitando la protección del derecho a la salud de los miembros del grupo familiar del actor, especialmente de su hijo menor, el cual estaba siendo tratado por las enfermedades que padecía derivadas de su condición de haber nacido en forma prematura.

La Corte consideró que la acción de tutela era el mecanismo judicial procedente para la resolver esa controversia, porque había sido interpuesta para proteger el derecho a la salud de un niño con problemas de salud desde su nacimiento, que requería continuidad en la prestación de los servicios. Al respecto, se dijo:

“Es importante recordarle a las entidades de medicina prepagada que tienen el deber, sin que ello implique desconocer su autonomía, de garantizar la prestación de los servicios de salud de sus afiliados y beneficiarios, observando la función social que la Constitución

Política, en su artículo 333, le imprime a toda actividad empresarial y que en cuanto se trate de menores de edad no pueden actuar desconociendo la categoría de fundamentales que la Constitución les dio directamente en su artículo 44, pues merecen una especial protección que dada su vulneración, en el caso en estudio, se concreta en la procedencia de la acción de tutela como mecanismo principal.”[62]

Al pronunciarse sobre la prosperidad de la acción de tutela, la Corte encontró que el actor y su grupo familiar tenían derecho a la continuidad en el servicio, el cual, señaló, también es predicable de las entidades de medicina prepagada y de las entidades que ofrecen PAS, porque estas asumen la prestación del servicio público de salud. En consecuencia, se tutelaron los derechos fundamentales a la salud y a la continuidad en la prestación del servicio del menor y de su familia y se ordenó a la entidad accionada que restableciera el vínculo contractual.

4.5. En el mismo sentido, en la sentencia T-959 de 2010[63] la Corte se pronunció sobre la exigibilidad del principio de continuidad en la prestación del servicio en contratos de seguros de salud. En esa oportunidad se estudió la acción interpuesta por la beneficiaria de una póliza colectiva de salud, a quien la compañía de seguros le negó la autorización para que se le practicara una cirugía, argumentando que en la fecha en que se programó el procedimiento la póliza había perdido vigencia.

En sus consideraciones, esta Corporación indicó que aunque las compañías de seguros no prestan directamente servicios de salud, cuando el contrato de seguro tiene por objeto la prestación de planes adicionales de salud se pueden ver involucrados derechos fundamentales como la vida, la salud e integridad personal. Por esta razón en la ejecución de ese tipo de contratos las actuaciones de las aseguradoras deben guiarse por los principios de continuidad e integralidad de los servicios médicos contratados. Textualmente, se dijo:

“[S]i bien las compañías de seguros no tienen el carácter directo de entidades prestadoras de servicios médicos, los particulares pueden contratar con estas el cubrimiento de planes adicionales en salud que pueden incluir servicios de hospitalización, cirugía etc. y por estar involucrados derechos de índole constitucional como la salud, la vida y la integridad personal sus postulados deben guiarse por la continuidad e integralidad de los servicios

médicos contratados, y al igual que las Empresas Prestadoras de Salud o IPS les está prohibido argumentar razones de tipo administrativo, contractual para suspender, terminar o paralizar las ordenes médicas necesarias para restablecer el estado de salud quebrantado.”

Con fundamento en el postulado descrito y en otras consideraciones, la Corte concluyó que la compañía aseguradora había vulnerado los derechos a la salud y la integridad personal de la actora, porque le negó la prestación de un servicio médico para el tratamiento de una enfermedad, argumentando que la fecha en que se programó la cirugía estaba por fuera de la vigencia de la póliza, a pesar que ese riesgo se había concretado en vigencia de la misma. Asimismo, sostuvo que esa interpretación del clausulado contractual constituía un abuso de la posición dominante y era contraria a los principios de continuidad e integralidad en la prestación de los servicios de salud. Por lo anterior, se ordenó a la aseguradora accionada que tomara las acciones pertinentes para que se continuara prestando el servicio médico de salud que requería la actora.

4.6. Del anterior recuento jurisprudencial se puede concluir que las empresas que prestan planes adicionales de salud, asumen el deber de garantizar la prestación del servicio público de salud a sus usuarios, de acuerdo con los principios de continuidad, calidad e integralidad, y cuando se desconocen estos principios, se pueden vulnerar o poner en riesgo los derechos fundamentales de los usuarios a la vida, la salud o la integridad personal, haciendo que la acción de tutela se constituya en un mecanismo judicial procedente para pronunciarse sobre la protección de estos derechos.

5. Jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la oposición de preexistencias por parte de entidades prestadoras de Planes Adicionales de Salud (PAS).

5.1. La Corte Constitucional se ha pronunciado en muchas oportunidades sobre las reglas constitucionales que rigen los contratos privados que tienen por objeto la prestación de PAS. A continuación se estudiarán algunas sentencias en las que se desarrollan las reglas respecto de la oposición de preexistencias en la ejecución de este tipo de contratos.

5.2. Uno de los primeros fallos en los que la Corte asumió el conocimiento de este tipo de controversias fue la sentencia T-533 de 1996[64]. En esta sentencia se estudió la acción de tutela interpuesta por una persona que se afilió a una compañía de medicina prepagada

en mil novecientos noventa y tres (1993). En febrero de mil novecientos noventa y seis (1996), un médico especialista adscrito a la compañía aseguradora le diagnosticó a la actora “miomatosis uterina gigante”, con un tiempo probable de evolución de cinco (5) años, y ordenó que se le practicara una cirugía en forma urgente. La compañía de medicina prepagada negó la autorización para la práctica de la cirugía requerida por la actora, porque sostuvo que la enfermedad había comenzado con anterioridad a la fecha de suscripción del contrato. Por lo anterior, la actora solicitó que se protegieran sus derechos a la salud y a la seguridad social, y que se ordenara a la empresa de medicina prepagada que autorizara la prestación de los servicios de salud por ella requeridos.

En sus consideraciones, la Corte sostuvo que los contratos de medicina prepagada parten del supuesto de que la compañía prestadora del servicio cubrirá los riesgos en la salud del contratante y de los beneficiarios que se indiquen en el contrato a partir de la fecha de suscripción del mismo. En este sentido, indicó que los contratos de medicina prepagada son similares a los contratos de seguro, ya que no amparan aquellas enfermedades sufridas por el contratante al momento de la celebración del contrato.

Sin embargo, señaló que en razón de la seguridad jurídica, desde el momento de la celebración del contrato debe haber certeza sobre los servicios médicos que se obliga a prestar la entidad de medicina prepagada. Por lo tanto, indicó que en el texto del contrato o en sus anexos debe dejarse expresa constancia sobre las enfermedades o padecimientos de los usuarios preexistentes a la celebración del mismo, “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.”[65]

En consecuencia, concluyó que las empresas de medicina prepagada desconocen el principio de la buena fe y ponen en peligro la salud y la vida de sus afiliados, cuando se niegan a autorizar la prestación de servicios de salud requeridos por sus usuarios derivados de enfermedades preexistentes, si el amparo de dichas enfermedades no fue excluido taxativamente en la póliza o en sus anexos. Expresamente dijo:

“A juicio de la Corte, la compañía desconoce el principio de la buena fe que debe presidir las relaciones contractuales, y pone en peligro la salud y la vida de los usuarios cuando se niega a autorizar -a su cargo- la prestación de servicios, la práctica de operaciones y la

ejecución de tratamientos y terapias referentes a enfermedades no incluidas en la enunciación de la referencia -que, se repite, es taxativa-, pues ella se entiende comprendida como parte integral e inescindible de la relación jurídica establecida entre las partes.

Es evidente que lo expuesto elimina toda posibilidad de que, ya en el curso del contrato, la compañía modifique, en contra del usuario, las reglas de juego pactadas y pretenda, con base en dictámenes médicos posteriores, emanados de profesionales a su servicio, deducir unilateralmente que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración y que, por tanto, pese a no haber sido enunciada como preexistencia, está excluida.

Tal comportamiento resulta altamente lesivo del principio de la buena fe, inherente a todo servicio público (artículo 83 C.P.), y se constituye en peligroso instrumento contra los derechos fundamentales de las personas, quienes, en las circunstancias descritas -dada la unilateralidad de la decisión-, quedan totalmente a merced de la compañía con la cual ha contratado”.[66]

A partir de los argumentos expuestos y del análisis del material probatorio que obraba en el expediente, la Corte encontró que la empresa de medicina prepagada no le había practicado examen médico alguno a la actora previo a su afiliación y que en el contrato de medicina prepagada y en sus anexos no se había consagrado preexistencia alguna ni se hacía referencia a la enfermedad padecida por la actora. Por lo anterior, la Corte concluyó que la enfermedad padecida por la actora sí estaba cubierta por el contrato de medicina prepagada, razón por la cual ordenó a la entidad accionada que autorizara la práctica de la cirugía por ella requerida, con cargo al contrato de medicina prepagada.

5.3. Posteriormente, la Sala Plena de esta Corporación unificó su jurisprudencia respecto a la exclusión de preexistencias en los contratos de medicina prepagada por medio de la sentencia SU-039 de 1998.[67] En ésta se estudió el caso de una persona de sesenta y cuatro (64) años de edad, que en mil novecientos noventa y cuatro (1994) contrató los servicios de medicina prepagada con la compañía a la que se encontraba afiliada al plan obligatorio de salud POS. En el contrato de medicina prepagada se estipularon taxativamente algunas preexistencias de la actora, entre las que se incluyó la artritis

reumatoidea que la accionante padecía desde hacía veinte (20) años.

En noviembre y diciembre de mil novecientos noventa y seis (1996), la actora fue hospitalizada por presentar pericarditis viral, insuficiencia renal y derrame pleural. Los gastos médicos de esta hospitalización fueron asumidos por la empresa accionada en virtud del contrato de medicina prepagada. En enero de mil novecientos noventa y siete (1997), la tutelante tuvo que ser hospitalizada nuevamente por las mismas enfermedades. Sin embargo, en esta oportunidad la compañía de medicina prepagada se negó a autorizar la hospitalización de la actora, argumentando que la pericarditis y el derrame pleural eran enfermedades que habían sido causadas por la artritis reumatoidea excluida en el clausulado del contrato, y que la insuficiencia renal era consecuencia del tratamiento prolongado de la artritis que había recibido la actora.

Para resolver la controversia objeto de estudio, la Sala Plena de esta Corporación sostuvo que el contrato de medicina prepagada es de naturaleza privada, razón por la cual está regido por los principios de libertad económica e iniciativa privada. Además, sostuvo que el objeto de este tipo de contratos es el de prestar el servicio público de atención en salud, razón por la cual esta actividad económica tiene un interés social y está sujeta a la intervención, control y vigilancia del Estado. En el mismo sentido, señaló que los contratos de medicina prepagada son negocios jurídicos que deben desarrollarse bajo el principio de la buena fe, el cual exige de las partes un cumplimiento estricto de las prestaciones acordadas.

La Corte señaló que en el contrato de medicina prepagada se pueden excluir de su cubrimiento enfermedades preexistentes, pero estas exclusiones deben “constar en forma expresa y taxativa en el texto del contrato o en los anexos a él incorporados [...] de manera que, las enfermedades y afecciones que no sean determinadas oportunamente, deberán ser asumidas por la entidad de medicina prepagada con cargo al contrato convenido”.^[68] Esta afirmación fue justificada en los siguientes términos:

“[N]o es posible admitir que con posterioridad a la celebración del respectivo contrato se modifiquen en forma unilateral las prestaciones que deben ser asumidas por la entidad de medicina prepagada, ya que una interpretación o cláusula en sentido diferente resulta abiertamente inconstitucional, en cuanto, como ya se expresó por la Corporación, rompe

con el equilibrio contractual de las partes, vulnera el principio de la buena fe que debe imperar en la ejecución del contrato y amenaza los derechos [a la vida, salud, integridad personal y dignidad humana de los individuos], reconocidos y protegidos en la Constitución Política de 1991, y aquellos otros de rango fundamental que se determinen en el análisis que realice el juez de tutela en cada caso concreto.”

La Corte consideró que la acción de tutela era procedente, porque la interrupción en la prestación de los servicios de salud por parte de la entidad accionada amenazaba con causar un perjuicio irremediable en los derechos a la salud, la integridad personal, la vida y la dignidad humana de la actora.

Respecto del fondo de la controversia, la Corte consideró que la entidad accionada vulneró los derechos fundamentales de la accionante, porque se negó a prestarle los servicios de salud que ésta requería, sin tener en cuenta que estaba afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud por medio de esa entidad. Por lo tanto, si la compañía accionada consideraba que esos servicios no podían ser prestados con cargo al contrato de medicina prepagada, debían prestarlos con cargo al Plan Obligatorio de Salud.[69]

5.4. En la sentencia T-290 de 1998[70] la Corte Constitucional se pronunció sobre la exclusión de preexistencias derivadas de enfermedades congénitas. La acción de tutela en mención fue interpuesta por una persona que había contratado los servicios de una empresa de medicina prepagada, a quien en un examen de rutina se le diagnosticó la falta del riñón izquierdo y una estrechez de la unión uretral vesical, dolencias que fueron calificadas como congénitas. Los médicos tratantes ordenaron la práctica de una cirugía para tratar la segunda enfermedad. Sin embargo, la empresa de medicina prepagada se negó a asumir dicho procedimiento, bajo el argumento de que se trataba de una preexistencia congénita que no estaba cubierta por el contrato.

En esa oportunidad se reiteraron las reglas jurisprudenciales que se había desarrollado hasta ese momento, respecto de la exclusión del amparo de los contratos de medicina prepagada de aquellos padecimientos preexistentes que “previa, expresa y taxativamente se encuentren mencionados en las cláusulas de la convención o en sus anexos”.[71] Sin embargo, en esa oportunidad se señaló que incluso si una enfermedad es congénita, su exclusión de amparo también debe ser pactada en forma expresa. La Corte sostuvo:

“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.”[72] (Subraya en texto original).

En la aplicación de estas reglas al caso concreto, la Corte consideró que la acción de tutela era procedente, porque estaba en riesgo el derecho de la actora a una existencia digna. Asimismo, concluyó que la compañía de medicina prepagada había vulnerado los derechos a la integridad personal y a la vida digna de la actora, al negarle el tratamiento de una enfermedad congénita que no había sido excluida expresamente del amparo. Por lo tanto, ordenó a la compañía de medicina prepagada que autorizara la práctica de la cirugía requerida por la actora.[73]

5.5. Ahora bien, en la sentencia T-118 de 2000[74] la Corte consideró que las reglas constitucionales de los contratos de medicina prepagada, también era predicables de los contratos de seguro de salud. En esta sentencia se estudió la acción de tutela interpuesta por una persona beneficiaria de una póliza colectiva de gastos médicos mayores, a quien la compañía aseguradora le negó el cubrimiento de los gastos médicos derivados de una cirugía de espalda para el tratamiento de una enfermedad denominada espondilolistesis grado II L5 - S1, porque consideraba que se trataba de una enfermedad congénita que constituía una preexistencia.

En sus consideraciones, la Corte Constitucional citó la sentencia T-533 de 1996[75] respecto de la obligación de las compañías de medicina prepagada de dejar expresa constancia en el texto de las pólizas de las enfermedades que no se encuentran amparadas por ser preexistentes, que estas enfermedades deben ser determinadas por medio de exámenes médicos previos y que aquellas enfermedades no registradas expresamente deben ser amparadas por las compañía de medicina prepagada.

La Corte sostuvo que los contratos de medicina prepagada y los contratos de seguro de gastos médicos son figuras con alcances distintos, ya que las compañías de seguro no

asumen la prestación de servicios de salud sino que se compromete a reembolsar los gastos en que hubieren incurrido los beneficiarios de la póliza. Sin embargo, consideró que la oposición de enfermedades preexistentes no contempladas previamente en las pólizas tiene el mismo efecto que la oposición de preexistencias en los contratos de medicina prepagada, ya que la negación del reembolso de los gastos por enfermedades no excluidas expresamente puede causar un perjuicio para la salud de los contratantes. Concretamente dijo:

“[E]s 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 (2) 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, que en el presente caso es de sesenta millones de pesos.

No obstante, para la Corte es evidente que la oposición de preexistencias no contempladas previamente o la elusión de la responsabilidad de la compañía en este tipo de contratos, aunque no se traduzcan en la obligatoriedad de que ésta preste servicios clínicos, médicos o quirúrgicos, puede llevar a efectos similares a los que se ocasionan en contratos de medicina prepagada cuando no cubren lo que se han comprometido a cubrir, con el consiguiente perjuicio para la salud de los contratantes, y aun con riesgo para derechos fundamentales en conexión con ella.”[76]

Con fundamento en los argumentos expuestos, la Corte constató que en el caso que en esa oportunidad debía resolver la compañía aseguradora no había practicado el examen médico al momento de suscribir el contrato, ni había excluido expresamente el amparo de la enfermedad padecida por la actora, razón por la cual concluyó que la decisión de la compañía aseguradora de negarse a cubrir los gastos médicos derivados de esa enfermedad vulneraba los derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal y a la vida de la tutelante.

En consecuencia, en la parte resolutive de la sentencia ordenó a la compañía aseguradora accionada que al momento de resolver la solicitud de cubrimiento de los gastos de salud para el tratamiento de la enfermedad de la actora, no podía “alegar preexistencias que no hubieren sido expresamente y por escrito determinadas al momento de su suscripción”. [77]

5.6. Finalmente, en la sentencia T-271 de 2006 [78] la Corte reiteró algunas de las reglas antes expuestas. En esta sentencia se estudió una acción interpuesta en representación de una persona enferma de SIDA que se encontraba hospitalizada al momento de la interposición de la tutela. El actor era beneficiario desde mil novecientos noventa y uno (1991) de una Póliza de Seguro Familiar de Salud - Salud Global Familiar expedida por Seguros de Vida Suramericana S.A. En el año dos mil cinco (2005) fue diagnosticado con SIDA, sin embargo, la compañía aseguradora se negó a cubrir los gastos derivados de la atención de esta enfermedad argumentando que la misma era preexistente a la suscripción del contrato, ya que los síntomas que padecía el actor correspondían a una evolución de más de quince (15) años.

La compañía aseguradora accionada argumentaba que la acción de tutela no era un mecanismo judicial procedente para resolver esa controversia, ya que consideraba que se trataba de un asunto contractual y que la pretensión del actor era de naturaleza económica, razones por las cuales ese proceso debía ser resuelto por el juez civil. Además, indicó que el contrato de seguro de salud por ellos ofrecido es un plan adicional de salud PAS, [79] que se rige por el principio de la autonomía de la voluntad, en el que se pactó la exclusión del amparo de preexistencias, acuerdo permitido legalmente.

En sus consideraciones la Corte hizo referencia a la procedencia de la acción de tutela para resolver controversias relacionadas con contratos de seguros de salud y a la validez de la oposición de enfermedades preexistentes que no fueron determinadas en forma taxativa y previa a la suscripción del contrato.

Respecto de la procedencia de la acción de tutela para conocer controversias sobre preexistencias en salud, la Corte empezó por estudiar los pronunciamientos que hasta esa fecha había emitido esta Corporación en controversias en la ejecución de contratos de medicina prepagada, y concluyó que aunque en principio estas controversias deben ser

resueltas por los jueces civiles, cuando se concretan los riesgos en la salud de los beneficiarios de este tipo de contratos se involucran derechos fundamentales de estas personas como la vida y la integridad personal, razón por la cual la acción de tutela resulta procedente para resolver dichas controversias. Concretamente señaló:

“[H]a 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.”

Asimismo, indicó que las consideraciones sobre la procedencia de la acción de tutela para resolver controversias sobre preexistencias en contratos de medicina prepagada es igualmente aplicable a contratos de seguros de salud, porque este tipo de contratos tienen efectos en la salud y en la vida de los beneficiarios, y en consecuencia, no pueden aplicarse las mismas reglas aplicables a otro tipo de contratos de seguros.

Sobre el fondo del asunto, la Corte señaló que su jurisprudencia sobre oposición de preexistencias en contratos de medicina prepagada es igualmente predicable de los contratos de seguros de salud. En este sentido, indicó que las compañías aseguradoras sólo pueden oponer aquellas preexistencias que estén consignadas de manera expresa en los contratos desde el momento de su celebración en virtud del principio de la buena fe, y que estas empresas están obligadas a realizar exámenes médicos a sus asegurados para determinar cuales riesgos en su salud no quedan amparados por padecerlos previamente. Concretamente, dijo:

“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 haya 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.”[80]

Aplicando los criterios expuestos al caso concreto y con fundamento en el análisis del material probatorio que obraba en el expediente, la Corte concluyó que la compañía aseguradora había vulnerado los derechos fundamentales a la salud, a la vida, a la integridad personal y a la vida en condiciones dignas del actor, al negarse a asumir los costos de la enfermedad por él padecida, porque esa enfermedad no había sido excluida expresamente a la suscripción del contrato y la compañía aseguradora no acreditó que le hubiera practicado exámenes médicos al comienzo de la relación contractual para su detección. En consecuencia, ordenó a la compañía aseguradora que ejecutara el contrato de seguro de salud sin que pudiera “oponer para ello preexistencias que no hubiesen sido expresamente y por escrito determinadas al momento de su suscripción”.[81]

6. Jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre el allanamiento al incumplimiento y la reticencia en los seguros de salud.

6.1. Otro de los argumentos expuestos por Seguros de Vida Suramericana S.A. en la contestación de la acción de tutela, es que el señor Yesid Evelio Quintero Isaza incurrió en reticencia en la declaración de asegurabilidad de su hija Evelyn Mariana, ya que no declaró las enfermedades que le habían sido diagnosticadas a la menor. Por lo anterior, es pertinente citar la sentencia T-196 de 2007[82] en la que la Corte hizo algunas precisiones respecto de la reticencia en los contratos de seguros de salud.

6.2. En esta ocasión se estudiaba la acción de tutela interpuesta por una persona afiliada a una empresa de medicina prepagada, a la que le fue diagnosticada con hemorragia vítrea densa secundaria a retinopatía diabética proliferativa, enfermedad por la que el médico tratante le ordenó la práctica de una cirugía de vitrectomía.

La empresa de medicina prepagada accionada se negó a autorizar la práctica del mencionado procedimiento, bajo el argumento que esa enfermedad era preexistente porque tenía una evolución de diez (10) años y el actor tan sólo había suscrito el contrato de medicina prepagada hacía seis (6) años. Además, indicó que en el contrato se estipuló la exclusión en cualquier tiempo de los usuarios que se hubieran rehusado a practicarse los

exámenes diagnósticos para establecer el estado del riesgo, situación en la que incurrió el actor porque este nunca se practicó dichos exámenes a pesar de que la entidad se lo solicitó expresamente.

En sus consideraciones, la Corte Constitucional acogió una jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia en la que se reconoce que en los contratos de seguros de salud las compañías aseguradoras pueden declarar la nulidad relativa del contrato cuando el asegurado ha incurrido en reticencia en la declaración sobre el estado de salud, pero que esta facultad no opera si la compañía aseguradora se allana al incumplimiento, lo cual puede ocurrir: i) cuando la aseguradora ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias en los que se fundamenta el vicio de la declaración; o ii) si después de celebrarse el contrato, la aseguradora tiene conocimiento sobre la inexactitud en la que incurrió el tomador pero guarda silencio al respecto.

La Corte Constitucional fundamentó esta posición en la sentencia No. 4640 proferida por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia el dieciocho (18) de octubre de mil novecientos noventa y cinco (1995),[83] de la cual citó el siguiente aparte:

“No obstante, el mismo artículo 1058 en cita, establece las circunstancias que conducen a que la reticencia o la inexactitud no operen. Ellas son: a) Cuando la aseguradora ha conocido o debido conocer antes de celebrarse el contrato los hechos o circunstancias que versan sobre los vicios de la declaración, caso en el cual no puede alegar la nulidad relativa del contrato como tampoco pretender la reducción de su obligación, porque si la aseguradora ha conocido la realidad y acepta asumir el riesgo, no ha sufrido engaño. (...) y b) Cuando después de celebrado el contrato, la aseguradora tiene conocimiento de la reticencia o la inexactitud en que incurrió el tomador y guarda silencio, se entiende que lo allana, lo acepta, evento en el que tampoco puede alegar la nulidad del negocio jurídico, pues lo lógico es que tan pronto conozca las circunstancias que la indujeron al error no esté dispuesta a mantener el contrato y tome las medidas del caso, pero no que nada diga y se espere a que se dé el siniestro para alegar la reticencia o la inexactitud, porque, como quedó dicho, con su silencio allanó el vicio’.[84][...]”[85] (subraya en texto original).

Se consideró por la Sala que esta jurisprudencia era aplicable por analogía a los contratos de medicina prepagada, y en el caso concreto, concluyó que la admisión por parte de la

compañía de medicina prepagada de los pagos realizados por el accionante constituía una aceptación tácita de la continuidad del contrato, lo cual daba lugar a la aplicación de la teoría del allanamiento al incumplimiento que hacía improcedente la terminación unilateral del contrato por la compañía de medicina prepagada. En consecuencia, la Corte declaró que la entidad accionada no podía terminar unilateralmente el contrato, ordenó a la entidad accionada que diera aplicación al principio de continuidad en la prestación de los servicios de salud y que autorizara la práctica del procedimiento requerido por el actor.

6.3. Una vez señaladas las reglas constitucionales que rigen los contratos de prestación de PAS, pasa la Sala Primera de Revisión a pronunciarse sobre la procedencia de la acción de tutela en el caso objeto de estudio.

7. Procedencia de la acción de tutela interpuesta en representación de la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin.

Mediante sentencia del veintidós (22) de octubre de dos mil trece (2013), el Juzgado Décimo Civil Municipal de San José de Cúcuta declaró la improcedencia de la acción de tutela. El juez de instancia consideró que la acción tenía por objeto resolver una controversia respecto de la reticencia por parte del señor Yesid Evelio Quintero Isaza, padre de la niña Evelin Mariana y tomador de la póliza de salud, de manifestar el verdadero estado de salud de la menor en su declaración de asegurabilidad. De esta manera, el juez de instancia consideró que se trataba de una controversia que debía ser resuelta por medio de las acciones ordinarias.

A diferencia de lo señalado por el juez de instancia, la Sala Primera de Revisión considera que la acción de tutela objeto de estudio se refiere a una persona menor de edad cuya situación de salud es compleja y goza de una protección constitucional doblemente reforzada. En efecto, se pretende la protección de los derechos a la salud, la integridad y al desarrollo armónico integral de una niña de tres (3) años de edad,[86] derechos que, según lo establece expresamente la Constitución Política, prevalecen sobre los derechos de los demás.[87] Pero además, Evelyn Mariana tiene una condición que la hace sujeto de una mayor protección por parte del Estado, ya que padece algunas enfermedades que la hacen ser una niña con discapacidad, condición que la hace acreedora de una protección doblemente reforzada por parte del Estado.[88]

Ahora bien, aunque los hechos de la acción objeto de estudio llevan a pensar que existe una controversia contractual entre el señor Yesid Evelio Quintero Isaza y Seguros de Vida Suramericana S.A., la Sala de Revisión considera que el objeto de la acción de tutela no es resolver esa controversia, sino el de garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud de una menor con discapacidad.

La jurisprudencia de esta Corporación ha tenido la oportunidad de pronunciarse sobre controversias similares y ha concluido que en estos casos la acción de tutela sí es un mecanismo judicial procedente. Por ejemplo, en la sentencia T-181 de 2004[89] se estudió la acción de tutela interpuesta en representación de un menor que padecía una enfermedad congénita, a quien la empresa de medicina prepagada a la que se encontraba afiliado le prestó inicialmente unos servicios de salud, pero posteriormente se negó a continuar asumiendo los costos del tratamiento argumentando que la enfermedad del menor era congénita y que estaba excluida expresamente de cobertura en el contrato de medicina prepagada. En este caso se consideró que la acción de tutela era procedente y se tutelaron los derechos del menor a la salud, la seguridad social y la vida, y se ordenó a la entidad accionada que continuara prestando los servicios requeridos con necesidad por el menor.

Los argumentos expuestos llevan a la Sala Primera de Revisión a concluir que la acción de tutela interpuesta por la señora Keila Guillin Bayona, en representación de su hija menor Evelyn Mariana Quintero Guillin, es procedente, porque con ella se pretende la protección de los derechos fundamentales a la salud, la integridad personal y el desarrollo armónico integral de una niña acreedora de una protección constitucional doblemente reforzada y existe jurisprudencia constitucional en la que se ha considerado que la acción de tutela es procedente para resolver este tipo de controversias.

Por las razones expuestas, a continuación se estudiará si Seguros de Vida Suramericana S.A. vulneró los derechos fundamentales de Evelyn Mariana Quintero Guillin, con su decisión de terminar en forma unilateral la póliza de salud de la cual era beneficiaria la menor.

8. Seguros de Vida Suramericana S.A. vulneró los derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal y al desarrollo armónico e integral de Evelyn Mariana Quintero Guillin, al revocar en forma intempestiva el contrato de salud del que era beneficiaria la menor.

8.1. La señora Keila Guillin Bayona, en su calidad de madre de Evelyn Mariana Quintero, interpuso acción de tutela en contra de Seguros de Vida Suramericana S.A., porque consideró que esta entidad vulneró los derechos fundamentales de su hija al revocar en forma unilateral la póliza de salud respecto de su hija.

8.2. La Sala de Revisión considera que la revocación unilateral de la póliza de salud de la niña Evelyn Mariana Quintero Guillin por parte de Seguros de Vida Suramericana S.A. constituye una vulneración a sus derechos fundamentales a la salud, la integridad personal y al desarrollo armónico e integral.

Para justificar esta regla, la Corte ha reconocido la naturaleza privada de los contratos de seguros de salud y de medicina prepagada, pero ha considerado que el objeto de este tipo de contratos es el de garantizar la prestación de servicios de salud. Por lo anterior, ha concluido que estos contratos tienen un interés público que justifica la intervención estatal.[90]

En virtud de lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha sostenido que el principio de buena fe que rige todas las relaciones contractuales, en los contratos de seguros de salud tiene una connotación especial, porque de su cumplimiento depende la garantía de derechos fundamentales como la salud, la integridad personal o la vida. En consecuencia, la Corte ha concluido que sólo se pueden excluir de amparo aquellas preexistencias expresa y taxativamente consignadas en las pólizas o en sus anexos.[91] Con base en la misma interpretación, la Corte ha sostenido que no es válida la exclusión genérica de preexistencias, como por ejemplo, la exclusión de amparo de todas las enfermedades congénitas.[92]

Aplicada esta regla al caso objeto de estudio, la Sala de Revisión encuentra que Evelyn Mariana Quintero Guillin fue incluida como beneficiaria del seguro de salud de sus padres por medio de la póliza No. 0863990-1, expedida por Seguros de Vida Suramericana S.A. el diez (10) de febrero de dos mil once (2011).[93] En esta póliza la compañía aseguradora no dejó constancia expresa y taxativa de enfermedades preexistentes de la menor que estuvieran excluidas de amparo.

Por lo tanto, no le asiste razón a la entidad accionada cuando sostiene que la menor estaba recibiendo servicios de salud por enfermedades preexistentes, ya que, como se indicó, para

que una compañía aseguradora pueda negarse a autorizar la prestación de un servicio de salud por considerar que la enfermedad que se pretende tratar es preexistente a la vigencia del contrato de seguro, esta exclusión debe haber sido pactada expresa y taxativamente en la póliza o en sus anexos.

Ahora bien, aunque Seguros de Vida Suramericana S.A. considera que la menor padece enfermedades preexistentes, durante la vigencia de la póliza no se negó a autorizar la prestación de los servicios de salud requeridos para el tratamientos de dichas enfermedades, tal como lo afirma la señora Keila Guillin Bayona en el escrito de tutela[94] y se evidencia en la lista de las autorizaciones expedidas por la entidad accionada a favor de Evelyn Mariana Quintero Guillin.[95]

Sin embargo, la entidad accionada decidió revocar la póliza respecto de la menor a partir del veintiséis (26) de agosto de dos mil trece (2013), argumentando que hubo reticencia por parte del tomador. En casos similares, la jurisprudencia de esta Corporación ha considerado que una interrupción abrupta en la prestación de servicios de salud pactados en planes adicionales de salud desconoce el principio de continuidad en el servicio derivado del mandato constitucional de prestación eficiente de servicios públicos y, en casos concretos, puede llegar a vulnerar otros derechos fundamentales de los usuarios de este tipo de servicios.[96]

Siguiendo los argumentos expuestos por esta Corporación, la Sala de Revisión considera que la decisión de Seguros de Vida Suramericana S.A. de revocar unilateralmente la póliza de salud de la que era beneficiaria la niña Evelyn Mariana Quintero Guillin, además de ser contraria al principio de continuidad en el servicio de salud, amenaza los derechos a la salud, a la integridad personal y al desarrollo armónico integral de un niña con discapacidad.

En efecto, cuando una compañía aseguradora suscribe una póliza de seguro de salud de la que se beneficia un niño en primera infancia, asume la obligación de garantizar el derecho impostergable a la salud de ese menor en forma oportuna y con calidad, ya que en esta etapa de la vida “se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano”[97]. Por esta razón, cualquier tardanza en la prestación de un servicio de salud que esta persona requiera puede tener efectos irreversibles en su desarrollo

integral.[98] Pero si además se trata de una niña con discapacidad, la suspensión en la prestación de servicios que influyan en el desarrollo integral de esa persona será más grave, porque sus necesidades de atención y cuidado especializado son mayores.[99]

Los argumentos expuestos llevan a la Sala de Revisión a concluir que la decisión de Seguros de Vida Suramericana S.A. de revocar en forma unilateral la póliza de salud de Evelyn Mariana Quintero Guillin, además de ser contraria al principio de continuidad en la prestación de los servicios públicos, vulneró los derechos a la salud, a la integridad personal y al desarrollo integral, de un sujeto de especial protección constitucional por su doble condición de vulnerabilidad.

8.3. El segundo argumento expuesto por Seguros de Vida Suramericana S.A. es que el señor Yesid Evelio Quintero Isaza incurrió en reticencia en la declaración de asegurabilidad de su hija Evelyn Mariana, razón por la cual le asiste el derecho a terminar unilateralmente el contrato de seguro, con fundamento en lo establecido en el artículo 1058 del Código de Comercio.[100]

Al respecto, la Sala de Revisión considera que en el caso objeto de estudio Seguros de Vida Suramericana S.A. no podía dar por terminado el contrato de seguro de la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin argumentando que el tomador de la póliza incurrió en reticencia por varias razones.

En primer lugar, como se indicó en las consideraciones de esta sentencia, una de las condiciones para que se pueda declarar la reticencia en los contratos de seguros de salud es que la compañía aseguradora no se haya allanado al incumplimiento del tomador. Esta interpretación parte del texto mismo del artículo 1058 del Código de Comercio, en el que se indica:

“Artículo 1058. El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

[...]

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

La Corte Constitucional[101] y la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia[102] han señalado que si una compañía aseguradora acepta en forma expresa o tácita la reticencia del tomador, no puede terminar en forma unilateral el contrato de seguro.

En el caso concreto, la Sala de Revisión considera que Seguros de Vida Suramericana S.A. aceptó en forma expresa la inexactitud del señor Yesid Evelio Quintero Isaza en la declaración de asegurabilidad de su hija Evelyn Mariana, subsanando así cualquier vicio del consentimiento en el que hubiera podido incurrirse.

En efecto, en la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Quintero Isaza el tres (3) de febrero de dos mil once (2011), este responde “no” a la siguiente pregunta: “¿Alguno de los solicitantes ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1 por las que hayan recibido o estén recibiendo tratamiento o control médico o tienen programada una intervención quirúrgica en los próximos 6 meses?”.[103] Ahora bien, el catorce (14) de octubre de dos mil diez (2010), cuando Evelyn Mariana tenía diez (10) días de nacida, se le practicó una angiorresonancia cerebral en la que se concluyó que la menor padecía “malformación de la vena de Galeno”. [104] Por lo anterior, podría pensarse que le asiste razón a la entidad accionada cuando afirma que el señor Yesid Evelio Quintero incurrió en reticencia en la declaración de asegurabilidad, ya que no declaró la enfermedad que le había sido diagnosticada a la niña pocos meses atrás.

Sin embargo, luego de que el señor Yesid Evelio Quintero suscribió la declaración de asegurabilidad y de que la menor Evelyn Mariana ingresó como asegurada de la póliza de salud en cuestión, Seguros de Vida Suramericana S.A. adelantó actuaciones de las cuales se puede concluir que se subsanó los posibles vicios en los que pudo haber incurrido el tomador.

En efecto, la compañía aseguradora, luego de la declaración de asegurabilidad, teniendo conocimiento del estado de salud de la menor, recibió el pago de las mensualidades de la póliza durante cerca de tres (3) años. Además, en ese lapso renovó la póliza de salud, e

incluso el veinte (20) de enero de dos mil doce (2012) permitió el cambio de la modalidad de la póliza del Plan Salud Global Familiar[105] al Plan Salud Clásico Familiar.[106]

Por las razones expuestas, la Sala de Revisión debe concluir que la terminación unilateral del contrato de seguro de salud derivada de la inexactitud en la declaración de asegurabilidad suscrita por el señor Yesid Evelio Quintero el tres (3) de febrero de dos mil once (2011), quedó subsanada con las actuaciones posteriores de Seguros de Vida Suramericana S.A., ya que la sociedad se allanó en el posible incumplimiento del tomador de la póliza.

Pero además, debe reiterarse que la revocatoria unilateral de la póliza de seguro en el presente caso, tiene el efecto interrumpir la continuidad en la prestación de los servicios de salud que requiere una menor en situación de discapacidad, situación que vulnera en forma grave los derechos de un sujeto de protección constitucional doblemente reforzada a la salud y al desarrollo integral.[107]

En consecuencia, en la parte considerativa de esta sentencia se revocarán la sentencia proferida por el Juzgado Décimo Civil Municipal de San José de Cúcuta el veintidós (22) de octubre de dos mil trece (2013), por medio de la cual se declaró la improcedencia de la acción de tutela. Además, se dejará sin efectos la revocación unilateral de la Póliza de Salud Plan Clásico Familiar No. 0877465-5 realizada por Seguros de Vida Suramericana S.A. y se ordenará a la compañía aseguradora que autorice la prestación de todos los servicios de salud que requiera la niña Evelyn Mariana Quintero Guillin, sin que pueda oponer válidamente la exclusión de preexistencias.

9. Conclusión

Con fundamento en la jurisprudencia de esta Corporación que ha resuelto casos similares, la Sala de Revisión concluye que las entidades que prestan planes adicionales de salud: i) tienen el deber de garantizar el derecho a la continuidad en la prestación de los servicios de salud de sus usuarios con calidad; ii) tan sólo pueden oponer aquellas preexistencias que se hayan excluido de amparo en forma expresa y taxativa en las pólizas de seguro o en sus anexos; iii) si interrumpe la continuidad en la prestación de los servicios de salud o se opone a la prestación de servicios por enfermedades preexistentes cuyo amparo no fue excluido en forma expresa y taxativa, y estas decisiones afectan o amenazan el derecho a

la salud de sus usuarios, la acción de tutela se constituye en un mecanismo judicial procedente para pronunciarse sobre la protección de dichos derechos fundamentales.

IV. DECISIÓN

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

RESUELVE:

Primero.- REVOCAR, por las razones expuestas, el fallo proferido por el Juzgado Décimo Civil Municipal de San José de Cúcuta el veintidós (22) de octubre de dos mil trece (2013), en la cual se declaró la improcedencia de la acción de tutela, para en su lugar TUTELAR los derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal y al desarrollo integral de la niña Evelyn Mariana Quintero Guillin.

Segundo.- DEJAR SIN EFECTOS la revocación unilateral de la Póliza de Salud Plan Clásico Familiar No. 0877465-5 realizada por Seguros de Vida Suramericana S.A. y ORDENAR a la compañía aseguradora que autorice la prestación de todos los servicios de salud que requiera la niña Evelyn Mariana Quintero Guillin, sin que pueda oponer válidamente la exclusión de preexistencias.

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

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

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA

Magistrada

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO

Magistrado

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

Magistrado

Con salvamento de voto

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ

Secretaria General

SALVAMENTO DE VOTO DEL MAGISTRADO

LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ

A LA SENTENCIA T-325/14

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE SALUD-Improcedencia para estudiar revocatoria unilateral de planes adicionales por la aseguradora, por existir otro medio de defensa judicial (Salvamento de voto)

ACCION DE TUTELA CONTRA COMPAÑIA DE SEGUROS DE SALUD-Condiciones de adecuado funcionamiento de los sistemas de aseguramiento en salud revisten igual importancia que derecho a la salud en el caso concreto (Salvamento de voto)

Referencia: Expediente T-4.219.603

Acción de tutela interpuesta la señora Keila Guillin Bayona, en representación de su hija menor Evelyn Mariana Quintero Guillin, contra Seguros de Vida Suramericana S.A.

Magistrada Ponente:

María Victoria Calle Correa

Con el acostumbrado respeto por las decisiones de la Corte, en esta ocasión me permito salvar el voto porque, no obstante que comparto la pretensión protectora que anima al fallo, considero que no estaban dadas las condiciones para que la controversia que dio lugar a la solicitud de amparo fuese resuelta en sede de tutela.

El problema que se le planteó a la Corte remitía a la consideración sobre si una compañía que presta planes adicionales de salud desconoce los derechos fundamentales de una menor, al revocar unilateralmente el contrato de seguro de salud respecto de esa usuaria, porque su padre, al momento de tomar el seguro, no habría informado de una condición de salud relevante. Ello, a su vez, conducía al análisis sobre las condiciones en las cuales las compañías aseguradoras pueden argumentar la presencia de preexistencias para revocar una póliza en materia de seguros de salud.

Estimo que, en la medida en que la menor cuenta con la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, lo que a su vez garantiza la continuidad de los tratamientos médicos que requiere, la controversia en torno a la revocatoria de la póliza debía tramitarse en las instancias ordinarias, en las cuales con el suficiente acerbo probatorio y teniendo en cuenta la jurisprudencia constitucional relevante, se debía resolver el caso concreto y avanzar en la determinación, en el plano legal y contractual, de las reglas que deben gobernar estos casos, a la luz de las tensiones que ellos plantean entre, por un lado, el derecho a la salud - en este caso de una menor de edad- y, por otro, el adecuado funcionamiento del sistema de aseguramiento en materia de salud, lo que responde a una necesidad social vinculada a la efectiva satisfacción del derecho a la salud y que se rige por principios que, si bien comportan limitaciones en los casos concretos, obedecen a consideraciones de estructura y son presupuesto para la existencia misma de un sistema de seguros.

Considero que tan importante como la protección del derecho en el caso concreto es mantener las condiciones en las cuales puede funcionar adecuadamente un sistema de aseguramiento en materia de salud, las cuales se ven seriamente afectadas cuando se admite el aseguramiento frente a contingencias que resultan ser ciertas para el tomador pero desconocidas para la entidad aseguradora.

Fecha ut supra,

LUIS GUILLERMO GUERRERO PEREZ

Magistrado

[1] El expediente de la referencia fue escogido para revisión por medio del Auto del treinta (30) de enero de dos mil catorce (2014), proferido por la Sala de Selección Número Uno.

[2] En el folio 25 del cuaderno principal, obra copia del Registro Civil de Nacimiento de Evelyn Mariana Quintero Guillin, documento en el que consta que la menor nació el cuatro (04) de octubre de dos mil diez (2010). En adelante, cuando se cite un folio debe entenderse que hace parte del cuaderno principal, a menos que expresamente se diga otra cosa.

[3] En el expediente obra copia de la historia clínica de la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin al momento de su nacimiento (folios 46 - 61). La madre afirma que con el paso del tiempo la niña presentó hidrocefalia, epilepsia, pérdida visual y parálisis cerebral (folio 2).

[4] Folio 2.

[5] En el Registro Civil de Nacimiento de la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin se registra como padre el señor Yesid Evelio Quintero Isaza. (Folio 25).

[6] Folio 1.

[7] Folio 2.

[8] Folio 3.

[9] Folio 3.

[10] Seguros de Vida Suramericana S.A. aportó copia de la solicitud y declaración de asegurabilidad para seguros individuales de personas suscrita por el señor Yesid Evelio Quintero Isaza. (Folios 63 y 64).

[11] Folio 37.

[12] Folio 36.

[13] Folio 37.

[14] Código de Comercio. Artículo 1071. "Revocación. El contrato de seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el asegurador, mediante noticia escrita al asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez días de antelación, contados a partir de la fecha del envío; por el asegurado, en cualquier momento,

mediante aviso escrito al asegurador. || En el primer caso la revocación da derecho al asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efectos la revocación y la del vencimiento del contrato. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes. || En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo. || serán también revocables la póliza flotante y la automática a que se refiere el artículo 1050.”

[15] Folio 37.

[16] Decreto 806 de 1998, “por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.” Artículo 17. “Otros beneficios. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares. || Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.”

[17] Folio 39.

[18] Folio 40.

[19] Folio 43, párrafo 4.

[20] Folio 41.

[21] Folio 42.

[22] Folios 43 y 44.

[23] Folio 44.

[24] Folios 68 y 69.

[25] Folio 73.

[26] Folio 82.

[27] Folio 82.

[28] Folios 16 - 26 del cuaderno de revisión.

[29] Folios 34 - 41 del cuaderno de revisión.

[30] Folios 42 - 45 del cuaderno de revisión.

[31] Folios 49 - 116 del cuaderno de revisión.

[32] Folio 110 del cuaderno de revisión.

[33] Folio 63 del cuaderno de revisión.

[35] Folio 86 del cuaderno de revisión.

[36] Constitución Política de Colombia. Artículo 44. "Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. // La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. // Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás."

[37] M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

[38] Sobre los derechos de protección ha dicho la Corte: “Los derechos de protección, a diferencia de los derechos de libertad, garantizan a las personas que el Estado adopte medidas de carácter fáctico y medidas de carácter normativo para protegerlos. Dentro de las primeras se encuentran aquellas acciones de la administración que suponen movilización de recursos materiales y humanos para impedir, por ejemplo, que la frágil vida e integridad de un niño recién nacido sea maltratada. Dentro de las medidas de carácter normativo se encuentran, entre otras, las reglas de capacidad o las edades a partir de las cuales se pueden realizar ciertas actividades como trabajar y las condiciones en que ello puede suceder. Cabe decir que el titular de un “derecho de protección”, puede ser cualquier persona (art. 2, CP), no sólo los “sujetos de protección especial” como niños, discapacitados o adultos mayores. Sin embargo, que la Constitución reconozca un derecho de protección especial a un tipo de sujeto determinado, como sucede con los menores, plantea la cuestión de cuál es el alcance específico de dicho mandato legal de protección, diferente del ámbito de protección del mandato general que cubre a todas las personas. Para abordar esta cuestión es relevante el derecho internacional (art. 93, CP).” Corte Constitucional, sentencia C-507 de 2004 (MP Manuel José Cepeda Espinosa, SV Jaime Araujo Rentería, Alfredo Beltrán Sierra, Álvaro Tafur Galvis).

[39] Sentencia T-760 de 2008 (MP. Manuel José Cepeda Espinosa).

[40] Ver, entre muchas otras, las sentencias T-075 de 1996 MP. Carlos Gaviria Díaz, SU-225 de 1998 M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz, T-046 de 1999 M.P. Hernando Herrera Vergara, T-117 de 1999 MP. Alfredo Beltrán Sierra, T-093 de 2000 M. P. Álvaro Tafur Galvis, T-153 de 2000 M. P. José Gregorio Hernández Galindo y T-819 de 2003 M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[41] Sentencia T-760 de 2008 (MP. Manuel José Cepeda Espinosa).

[42] Sentencia T-037 de 2006, (MP Manuel José Cepeda Espinosa). En esta sentencia la Corte Constitucional estudió una acción de tutela instaurada por la madre de una niña de siete (7) años de edad, quien presentaba trastornos de aprendizaje, en contra de la EPS que le estaba negando un tratamiento ordenado por el médico tratante de la menor de terapia psicológica, ocupacional y de lenguaje, argumentando que dicho tratamiento no estaba incluido en el POS. En esa oportunidad, la Corte Constitucional tuteló los derechos

fundamentales de la menor y ordenó a la EPS la práctica de las terapias requeridas. Como fundamento de su decisión, la Corte consideró que el derecho a la salud de las personas menores de edad es fundamental y tiene carácter prevalente sobre los derechos de todos los demás, afirmación que fue sustentada en los artículos 13 y 44 de la Constitución Política de Colombia, y en los siguientes instrumentos internacionales: “(1) Convención sobre los Derechos del Niño, en el artículo 24 reconoce “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. “Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho, y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: (...) b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;(2) Declaración de los Derechos del Niño que en el artículo 4 dispone que “[E]l niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, con este fin deberán proporcionarse tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”; (3) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas fijó en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales algunos parámetros que propenden por la protección de los derechos fundamentales de los niños como por, ejemplo en el numeral 2° del artículo 12 del citado pacto se establece: “a), es obligación de los Estados firmantes adoptar medidas necesarias para “la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”; mientras que el literal d) dispone que se deben adoptar medidas necesarias para “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”; (4) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos que en su artículo 24 establece: Todo Niño tiene derecho sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, origen nacional o social, posición económica o nacimiento, a las medidas de protección que su condición de menor requiere tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado; (5) Convención Americana de Derechos Humanos, que en su artículo 19 señala que “todo niño tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado”; (6) Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 que, en su artículo 25-2, establece que “la maternidad y la infancia

tienen derecho a cuidados de asistencia especiales”, y que “todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”. Esta sentencia ha sido reiterada, entre otras, en la sentencia T-695 de 2007 (MP. Manuel José Cepeda Espinosa) y en la sentencia T-760 de 2008 (MP. Manuel José Cepeda Espinosa).

[43] Ver sentencia T-799 de 2006 (MP. Humberto Antonio Sierra Porto). En esa oportunidad la Corte Constitucional estudió una acción de tutela interpuesta en nombre de un menor de edad con síndrome convulsivo, quien fue remitido a consulta médica especializada de neurología, pero la ARS le negó la autorización del servicio porque no estaba incluido en el POSS. La Corte tuteló el derecho a la salud del menor porque consideró que la obligación constitucional de brindar efectiva protección a los sujetos de especial protección hace que la exclusión de un tratamiento del plan obligatorio de salud no resulte una razón suficiente para negar su reconocimiento.

[44] Constitución Política de Colombia, “Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. // El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. // El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.” (...)

“Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.”

[45] Un antecedente importante de esta protección reforzada se encuentra en la sentencia T-179 de 2000 (MP. Alejandro Martínez Caballero), en la cual se estudió el caso de un grupo de niños a quienes el ISS había suspendido los tratamientos para diversos tipos de discapacidades ya que el contrato con la entidad que venía realizando el tratamiento había terminado y no fue renovado. La Corte ordenó al ISS prestar tratamientos adecuados y especializados a cada uno de los niños. En dicha providencia se señaló en cuanto a la

protección de los niños discapacitados: “(...) a los niños discapacitados hay que darles el servicio eficiente, integral, óptimo en tratamiento y rehabilitación para que mejore las condiciones de vida, valor éste que está en la Constitución y es una facultad inherente a todos los seres humanos, con mayor razón a aquellos que padecen enfermedades y no ofrezcan perspectiva de derrota de la dolencia. De todas maneras son seres humanos que tienen derecho a encontrarle un sentido a la vida. Y una manera para neutralizar la impotencia frente a las circunstancias es facilitar cuestiones elementales como por ejemplo crear en ese ser humano comportamientos efectivos de dignidad y autodefensa (aprender a vestirse, a cuidarse, a caminar, a reconocer a los padres y su entorno).”. Esta jurisprudencia ha sido reiterada, entre otros, en los siguientes casos: T-134 de 2001 (MP Carlos Gaviria Díaz), T-1158 de 2001 (MP. Marco Gerardo Monroy Cabra), T-225 de 2003 (MP. Clara Inés Vargas Hernández), T-706 de 2003 (MP. Álvaro Tafur Galvis), T-801 de 2004 (MP. Alfredo Beltrán Sierra), T-069 de 2005 (MP. Rodrigo Escobar Gil), T-569 de 2005 (MP. Clara Inés Vargas Hernández), T-282 de 2006 (MP. Alfredo Beltrán Sierra), T-518/06 (MP. Marco Gerardo Monroy Cabra), T-201/07 (MP. Humberto Antonio Sierra Porto) y T-1222 de 2008 (MP. Rodrigo Escobar Gil).

[46] Ver Sentencia T-695 de 2007, (MP. Manuel José Cepeda Espinosa), antes citada.

[47] Ver Sentencia T-695 de 2007, (MP. Manuel José Cepeda Espinosa), antes citada.

[48] Constitución Política de Colombia. Artículo 48. “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. || Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. || El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. || La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. [...]”

[49] El artículo 153 de la Ley 100 de 1993 establece: “Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud: [...] 3.8 Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna,

mediante una atención humanizada. [...] 3.21 Continuidad. Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad.”

[50] Sentencia T-760 de 2008 (MP. Manuel José Cepeda Espinosa).

[51] MP. Rodrigo Escobar Gil.

“[52] En un caso similar, se adoptó también igual razonamiento: ‘Fuera de este modelo pro-forma, genérico para todos, no hay constancia de que específicamente se hubiera señalado como preexistente, en 1991, la “radiculopatía lumbar”. Esta apreciación médica surge con posterioridad, en un indudable cambio de las “reglas de juego’ T-104 de 1998.M.P. Alejandro Martínez Caballero.”

“[53] Sentencia T-572 de 2002, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.”

[54] Sentencia T-181 de 2004 (MP. Rodrigo Escobar Gil).

[55] MP. Jaime Córdoba Triviño.

[56] En el artículo 19 y siguientes del Decreto 806 de 1998 “por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”, se consagra: “Tipos de PAS. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS: || 1. Planes de atención complementaria en salud. || 2. Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general. || 3. Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general. [...].”

[57] Sentencia T-724 de 2005 (MP. Jaime Córdoba Triviño).

[58] Sentencia T-724 de 2005 (MP. Jaime Córdoba Triviño).

[59] Sentencia T-724 de 2005 (MP. Jaime Córdoba Triviño).

[60] MP. Jaime Córdoba Triviño.

[61] MP. Álvaro Tafur Galvis.

[62] Sentencia T-660 de 2006 (MP. Álvaro Tafur Galvis).

[63] MP. Humberto Antonio Sierra Porto.

[64] MP. José Gregorio Hernández Galindo.

[65] Sentencia T-533 de 1996 (MP. José Gregorio Hernández Galindo).

[66] Sentencia T-533 de 1996 (MP. José Gregorio Hernández Galindo).

[67] MP. Hernando Herrera Vergara, unánime.

[68] Sentencia SU-039 de 1998 (MP. Hernando Herrera Vergara, unánime).

[69] Los argumentos expuestos en esta sentencia fueron reiterados por la Sala Plena de esta Corporación en la sentencia SU-1554 de 2000 (MP. Cristina Pardo Schlesinger, unánime).

[71] Sentencia T-290 de 1998 (MP. Fabio Morón Díaz).

[72] Sentencia T-290 de 1998 (MP. Fabio Morón Díaz).

[73] Los argumentos expuestos en esta sentencia fueron reiterados, entre otras, en la sentencia T-512 de 1998 (MP. Vladimiro Naranjo Mesa). En esta sentencia la Corte estudió una acción de tutela interpuesta en representación de un menor de tres (3) años beneficiario de un contrato de medicina prepagada, a quien le diagnosticaron dos hernias inguinales que estaban en riesgo de estrangulamiento, razón por la cual el médico tratante ordenó la práctica de una cirugía. La compañía de medicina prepagada se negó a autorizar la práctica de la mencionada cirugía argumentando que se trataba de una enfermedad congénita, y que en el contrato de medicina prepagada este tipo de enfermedades habían sido excluidas. La Corte sostuvo que las consideraciones expuestas en la sentencia T-290 de 1998 eran exactamente aplicables en ese caso, porque en ambos casos se pactó de manera genérica la exclusión de enfermedades y malformaciones congénitas, y la falta de atención al menor estaba poniendo en riesgo su vida. En el análisis del caso concreto se indicó: “En parte alguna los contratantes excluyeron clara, expresa y taxativamente las dos

hernias inguinales que actualmente padece Daniel Felipe, considerándolas como malformaciones o enfermedades congénitas o preexistentes, a partir del riguroso examen médico previo a la celebración del contrato que en estos caso se exige. Por consiguiente, su cirugía y tratamiento están cubiertos por el contrato de medicina prepagada.” A partir de estas consideraciones, la Corte tuteló el derecho a la vida del menor y ordenó a la compañía de medicina prepagada autorizara la práctica de la cirugía requerida por el menor. En el mismo sentido, se pueden revisar, entre otras, las sentencias T-1697 de 2000 (MP. Martha Victoria Sáchica Méndez), T-909 de 2000 (MP. Alejandro Martínez Caballero) y T-181 de 2004 (MP. Rodrigo Escobar Gil).

[74] MP. Hernando Herrera Vergara.

[75] MP. José Gregorio Hernández Galindo.

[76] Sentencia T-533 de 1996 (MP. José Gregorio Hernández Galindo).

[77] Sentencia T-533 de 1996 (MP. José Gregorio Hernández Galindo).

[78] MP. Clara Inés Vargas Hernández.

[79] Decreto 806 de 1998 “por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”. “Artículo 17. Otros beneficios. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden presentarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que, (sic) tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares. || Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras. || Artículo 18. Definición de Planes Adicionales de Salud, PAS. Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. || El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y

vigilancia que le son propias. || El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización de otro plan.”

[80] Sentencia T-271 de 2006 (MP. Clara Inés Vargas Hernández).

[81] Sentencia T-271 de 2006 (MP. Clara Inés Vargas Hernández).

[82] MP. Marco Gerardo Monroy Cabra.

[83] MP. Pedro Lafont Pianetta.

[84] Corte Suprema de Justicia. Sala de Casación Civil Magistrado Ponente: DR. Pedro Lafont Pianetta. Santa fe de Bogotá, D.C., Octubre dieciocho (18) de mil novecientos noventa y cinco (1995).

[85] Sentencia T-196 de 2007 (MP. Marco Gerardo Monroy Cabra).

[86] En el folio 25 del cuaderno principal, obra copia del Registro Civil de Nacimiento de Evelyn Mariana Quintero Guillin, documento en el que consta que la menor nació el cuatro (04) de octubre de dos mil diez (2010). En adelante, cuando se cite un folio debe entenderse que hace parte del cuaderno principal, a menos que expresamente se diga otra cosa.

[87] Constitución Política de Colombia. Artículo 44. “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. || La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. || Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.”

[88] Constitución Política de Colombia. Artículo 13. “Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. || El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. || El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.”

[89] MP. Rodrigo Escobar Gil, antes citada.

[90] SU-039 de 1998 (MP. Hernando Herrera Vergara, antes citada. Unánime).

[91] Sentencia T-721 de 2006 (MP. Clara Inés Vargas Hernández, antes citada).

[92] Sentencia T-290 de 1998 (MP. Fabio Morón Díaz, antes citada).

[93] Folios 13 - 15.

[94] La señora Keila Guillin Bayona afirma en el escrito de tutela: “[...] la empresa SURAMERICANA por intermedio de su MEDICINA PREPAGADA, ha venido cumpliendo sus expectativas con los diferentes tratamientos realizados a mi hija.” (Folio 1). (Mayúscula sostenida en texto original).

[95] Como documento anexo al escrito de tutela, Seguros de Vida Suramericana S.A. aportó una relación de las autorizaciones de prestación de servicios médicos a la menor Evelyn Mariana Quintero Guillin. (Folios 75 - 77).

[96] Sentencia T-181 de 2004 (MP. Rodrigo Escobar Gil, antes citada).

[97] Ley 1098 de 2006 “por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, artículo 29.

[98] En el artículo 29 de la Ley 1098 de 2006, “por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, se establece: “Derecho al desarrollo integral en la primera infancia. La

primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.”

[99] En el artículo 36 de la Ley 1098 de 2006, “por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, se establece: “Derechos de los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad. Para los efectos de esta ley, la discapacidad se entiende como una limitación física, cognitiva, mental, sensorial o cualquier otra, temporal o permanente de la persona para ejercer una o más actividades esenciales de la vida cotidiana. || Además de los derechos consagrados en la Constitución Política y en los tratados y convenios internacionales, los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad tienen derecho a gozar de una calidad de vida plena, y a que se les proporcionen las condiciones necesarias por parte del Estado para que puedan valerse por sí mismos, e integrarse a la sociedad. Así mismo: || [...]2. Todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tendrá derecho a recibir atención, diagnóstico, tratamiento especializado, rehabilitación y cuidados especiales en salud, educación, orientación y apoyo a los miembros de la familia o a las personas responsables de su cuidado y atención. Igualmente tendrán derecho a la educación gratuita en las entidades especializadas para el efecto. [...]”.

[100] Código de Comercio. Artículo 1058. “El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro. || Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo. || Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será

nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160. || Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.”

[101] Sentencia T-196 de 2007 (MP. Marco Gerardo Monroy Cabra).

[102] Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, sentencia No. 4640 del 18 de octubre de 1995 (MP. Pedro Lafont Pianneta).

[103] Folio 69.

[104] Folio 73, del cuaderno de revisión.

[105] Folios 42 - 45 del cuaderno de revisión.

[106] Folios 34 - 41 del cuaderno de revisión.

[107] Proyecto de Ley Estatutaria 209 de 2013 Senado y 267 de 2013 Cámara “por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: [...] d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido de manera intempestiva y arbitraria por razones administrativas o económicas; [...]” Este artículo fue declarado exequible por la Corte Constitucional por medio de la sentencia C-313 de 2014 (MP. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. SPV. Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Pérez y Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. AV. María Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo, Luis Guillermo Guerrero Pérez, Jorge Iván Palacio Palacio, Alberto Rojas Ríos y Luis Ernesto Vargas Silva).