

Sentencia T-710/04

PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Exclusión de tratamiento de diálisis

DERECHO A LA SALUD-Tratamiento de diálisis sin cumplir periodo mínimo de cotización

Referencia: expediente T-872636

Acción de tutela instaurada por María Elena Vargas contra Salud COOMEVA Medicina Prepagada S.A.

Magistrado Ponente:

Dr. JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Bogotá, D. C., treinta (30) de julio de dos mil cuatro (2004).

La Sala Cuarta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados Jaime Córdoba Triviño, Rodrigo Escobar Gil y Marco Gerardo Monroy Cabra, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente

SENTENCIA

en el proceso de revisión de los fallos adoptados por los Juzgados Trece Civil Municipal de Cali y Décimo Civil del Circuito de Cali dentro de la acción de tutela instaurada por María Elena Vargas contra Salud COOMEVA Medicina Prepagada S.A.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

La señora María Elena Vargas interpone la acción de tutela en calidad de agente oficioso de su hijo Juan Carlos Galán Vargas, quien no puede actuar personalmente debido a que se encuentra internado en una clínica de la ciudad de Cali.

La señora María Elena informa que su hijo Juan Carlos está afiliado a Salud COOMEVA Medicina Prepagada desde 1986, que padece de Diabetes Mellitus desde los 14 años de edad

y que su salud ha ido decayendo con el paso del tiempo.

Que precisamente uno de los órganos comprometidos son sus riñones, razón por la cual el médico especialista adscrito a COOMEVA, doctor Edgar Sanclemente, ordenó con carácter urgente la práctica de una diálisis.

No obstante, COOMEVA se negó a asumir dicho tratamiento, sin importarle que su hijo, como afiliado, esté en peligro de muerte.

Ante esta negativa, trasladó a su hijo al Seguro Social, entidad a la cual está afiliado, y por el servicio de urgencias de esa EPS le practicaron una sesión del tratamiento requerido. Pero el Seguro Social no asume todo el tratamiento porque su hijo no cuenta con el número mínimo de semanas cotizadas exigido.

Afirma que es una mujer sola y que su mala situación económica no le permite asumir los costos de la diálisis, la cual es esencial para preservar la vida de Juan Carlos.

Por ello, interpone la acción de tutela para invocar la protección del derecho a la vida de su hijo y para que se ordene a COOMEVA Medicina Prepagada que autorice el procedimiento ordenado por el médico tratante. Adicionalmente solicitó que, con carácter provisional, se ordenara a COOMEVA la autorización de la diálisis al paciente debido a que su estado de salud es bastante crítico.

2. Respuesta de la entidad accionada

El Gerente Regional Salud de COOMEVA se opone a la procedencia del amparo constitucional buscado por la peticionaria. Considera que su entidad no está obligada a asumir la diálisis por cuanto en el contrato de medicina prepagada, conocido y aceptado por la contratante, se incluyó expresa y taxativamente la exclusión de este tratamiento.

En su escrito resalta que el contrato de servicios de medicina prepagada reúne como características, el ser bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge al mundo jurídico como un contrato de adhesión por lo que las cláusulas están preestablecidas por una de las partes y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto.

Agrega que si el paciente, además de contar con el plan obligatorio, de manera voluntaria quiso contratar un plan adicional con una entidad privada, es apenas lógico, coherente y equitativo que el desarrollo de dicha relación contractual se haga bajo los parámetros previamente establecidos entre las partes.

3. Sentencias objeto de revisión

3.1. El Juzgado Trece Civil Municipal de Cali tuteló los derechos a la salud y la vida del señor Juan Carlos Galán Vargas.

Para ese Despacho Judicial, la actitud asumida por COOMEVA no se compadece y no se ajusta a un orden social donde cada día se propende por la defensa de la salud y la vida del ser humano, y cuando es claro que la salud es un servicio público esencial que, en este caso, el accionante, para tener una mayor atención, ha decidido comprometerse con un pago por fuera del POS, en el que ha cumplido con el pago oportuno del correspondiente Plan.

Agrega que se trata de un paciente que padece una enfermedad catastrófica, de alto costo, y que el accionante no cuenta con los recursos económicos para sufragar tales gastos, siendo ésta la causa principal para que le sean puestas trabas en el servicio de salud que posee. Por ello fue su voluntad afiliarse a este servicio adicional que le permitiera correr con los riesgos e imprevistos que se le presentaren en la atención de su salud.

Para el a quo, resultaría insólito aplicar más cargas al Estado, provenientes de un contrato bilateral celebrado por una parte que de antemano debe contar con los fondos suficientes para cubrir las posibles enfermedades que se llegaren a presentar en sus afiliados.

Por lo anterior, ordenó a COOMEVA que en el término de 48 horas autorizara, sin más demoras, la diálisis y que prestara los demás servicios médicos y de hospitalización, al igual que medicamentos, exámenes y tratamientos requeridos por razón de la enfermedad del señor Galán Vargas.

3.2. COOMEVA impugnó la sentencia antes referida. Insistió en que el procedimiento de Diálisis ordenado por el médico Sanclemente se encuentra excluido de manera previa, expresa y taxativa del contrato de prestación de servicios, lo cual concuerda con lo establecido por el artículo 2 del Decreto 1222 de 1994 y por el artículo 17 del Decreto 806 de

1998.

3.3. El Juzgado Décimo Civil del Circuito de Cali revocó la sentencia impugnada y negó la tutela interpuesta por la peticionaria, en representación de su hijo Juan Carlos Galán Vargas.

Para el ad quem, el contrato de medicina prepagada nace al mundo jurídico como un acuerdo de voluntades en el que debe primar el principio de la buena fe y el respeto de las cláusulas contractuales, de tal manera que lo que quede pactado en el contrato de manera expresa y clara, debe ser cumplido y respetado tanto por la entidad de medicina prepagada como por el usuario.

Observa que en el contrato firmado por la peticionaria el tratamiento de diálisis está excluido de manera expresa desde el comienzo de la relación contractual. Por ello concluye que, en la medida en que el señor Galán Vargas no ha cumplido el número de semanas de cotización para acceder al servicio a través de la EPS, es al Estado al que corresponde subsidiar dicho tratamiento.

II. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

1. Cuestión previa: procedencia de la acción de tutela contra particulares

El artículo 86 de la Constitución Política asigna a la ley la determinación de los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público. Esta condición es desarrollada por el artículo 42 del Decreto 2591 de 1991, declarado exequible en los términos fijados en la sentencia C-134 de 1994.

En la medida en que los hechos que motivaron la presentación de la solicitud de amparo surgen, en este caso, de la relación contractual existente entre la peticionaria y una empresa privada de medicina prepagada, cuyo objeto es considerado como un servicio público, se cumple entonces esta condición de procedibilidad de la acción de tutela contra particulares.

2. Competencia

De conformidad con lo previsto en los artículos 86 y 241 de la Constitución Política y 33, 34 y

35 del Decreto 2591 de 1991 y en cumplimiento del Auto de la Sala de Selección No. 4 de esta Corporación, del 23 de abril de 2004, la Corte Constitucional es competente para revisar los fallos de tutela proferidos por los jueces de instancia en el proceso de la referencia

3. Problema jurídico

Desde 1986 Juan Carlos Galán Vargas está afiliado a COOMEVA Medicina Prepagada, pero la entidad le niega la autorización de la diálisis ordenada por el médico tratante, fundándose en que ese tratamiento fue previa, expresa y taxativamente excluido del contrato de prestación de servicios de medicina prepagada que celebró la empresa con la madre del paciente.

Ante tal determinación de COOMEVA, la peticionaria llevó a su hijo a la EPS Seguro Social para que fuera tratado en su condición de afiliado. En el Seguro Social el señor Galán Vargas está siendo atendido por urgencias. No obstante, la accionante manifiesta que la continuidad de la prestación del servicio está en riesgo puesto que su hijo no reúne el mínimo de semanas cotizadas que le permita tener acceso pleno al servicio a través de la EPS.

Ante estas circunstancias, en el presente caso surgen los siguientes interrogantes, que deberán ser resueltos por esta sala de Revisión: i) Con el fin de preservar derechos fundamentales de los afiliados, las empresas de medicina prepagada están obligadas a autorizar y asumir procedimientos, tratamientos o intervenciones expresamente excluidos del contrato de prestación de servicios? ii) En caso afirmativo, ¿constituye la tutela el medio de defensa para amparar los derechos vulnerados y ordenar a la entidad accionada que asuma los procedimientos o intervenciones ordenados por el médico tratante?

4. Solución al problema jurídico: Los derechos a la seguridad social y a la salud. El plan obligatorio de salud y el contrato de medicina prepagada

4.1. Los derechos a la seguridad social y a la salud hacen parte de los derechos de segunda generación y están contemplados en el Capítulo II del Título II de la Constitución Política, sobre “los derechos económicos, sociales y culturales”.

El artículo 48 de la Carta Política señala que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que

establezca la ley. Prescribe además que se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, el cual podrá ser prestado por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

Por su parte, el artículo 49 Superior dispone que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado y que se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Señala también este artículo que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Agrega que la ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

En desarrollo de estas disposiciones, el Legislador creó el sistema de seguridad social integral, como un conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la ley (L. 100/93, art. 8º).

De ellos, el sistema general de seguridad social en salud tiene como objetivo crear las condiciones de acceso de todas las personas al servicio en los diferentes niveles de atención, las que participarán en condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado o, en forma temporal, como participantes vinculados (L. 100/93, arts. 152 y 157). Así mismo, la ley alude al régimen de beneficios, conformado por el plan obligatorio de salud POS, el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado POS-S, el plan de atención básica, los riesgos catastróficos y accidentes de tránsito y la atención inicial de urgencias.

De otro lado, la legislación consagra los Planes Adicionales de Salud (PAS), entendidos como aquel conjunto de beneficios opcionales y voluntarios, financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria; el acceso a estos planes es de la exclusiva responsabilidad de los particulares como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde al Estado¹.

Tales beneficios se pueden obtener a través de estas tres modalidades: i) Planes de atención complementaria en salud; ii) Planes de medicina prepagada y iii) Pólizas de salud. Estos tres

programas pueden ser ofrecidos por i) EPS autorizadas para prestar los planes complementarios; ii) entidades adaptadas; iii) entidades constituidas exclusivamente como empresas de medicina prepagada o iv) aseguradoras a través de pólizas de salud². En todos los escenarios, el régimen jurídico bajo el cual operan es privado y, por lo tanto, su financiamiento se hace mediante el pago voluntario del servicio adicional de salud con recursos propios del usuario para acceder a servicios de mayor calidad y cobertura superior a la brindada por el POS en el régimen contributivo.

En diferentes ocasiones la Corte se ha pronunciado acerca de las distinciones entre los PAS y el POS. Así por ejemplo, en la sentencia T-1132/033 expresó:

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

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

Así, la Corte ha establecido que “se trata de dos relaciones jurídicas distintas, una derivada de las normas imperativas propias de la seguridad social y otra proveniente de la libre voluntad del afiliado, quien, con miras a mejorar la calidad de los servicios que recibe de la EPS, resuelve incurrir en una mayor erogación, a su costa y por encima del valor de las cuotas a las que legalmente está obligado, para contratar la medicina prepagada a manera de plan de salud complementario del básico”⁴.

4.2. Así, entonces, los programas de medicina prepagada hacen parte de los Planes Adicionales de Salud -PAS- y tienen por objeto brindar a los usuarios del servicio de salud una atención complementaria a la ofrecida de manera general por las Empresas Promotoras de

Salud, bajo el esquema del Plan Obligatorio de Salud POS5.

Según lo expresó esta Corporación, la medicina prepagada constituye una modalidad adicional y alternativa de atención en salud, que se hace efectiva a través de la suscripción voluntaria de un contrato particular entre el usuario y la entidad prestadora del servicio, en el que el primero se obliga a la cancelación de una suma periódica o precio y, la segunda, en contraprestación, a la atención médica incluida en un plan de salud preestablecido y consignado en el contrato.

Respecto de la naturaleza jurídica de los contratos de medicina prepagada la Corte ha señalado que ellos se rigen por normas de derecho privado, que se desarrollan bajo los presupuestos de la libertad económica y la iniciativa privada⁶. Para esta Corporación, “Sin lugar a dudas y no obstante que su objeto lo constituye la prestación de un servicio público, nada menos que el de salud, este tipo de relación entre dos particulares es de carácter contractual, lo cual supone que a él le son aplicables las normas pertinentes de los códigos Civil y Mercantil colombianos, especialmente aquella que obliga a las partes ligadas por el contrato, a ejecutarlo atendiendo a los postulados de la buena fe. Luego, como en cualquier contrato legalmente celebrado, el de medicina prepagada es una ley para los contratantes que por él se obligan. Así, deben ellos cumplir con todo lo dispuesto en sus cláusulas y no pueden ser obligados por el otro contratante a hacer lo que en ellas no está expresamente dispuesto. (...)”⁷.

De conformidad con lo anterior, el contrato de medicina prepagada, en su ejecución y cumplimiento, se rige entonces por el principio de la buena fe y presenta como características el ser bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual, de adhesión y de ejecución sucesiva⁸. Al surgir como un contrato de adhesión, “las partes contratantes se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de las partes en los términos aprobados por el organismo de intervención estatal y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto”⁹.

El contrato de medicina prepagada fija los derechos y las obligaciones de las partes y su objeto puede comprender servicios relacionados con promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y

terapéutica, hospitalización, urgencias, cirugía, exámenes diagnósticos y odontología, entre otros¹⁰. De ahí la importancia de señalar con precisión el alcance del contrato, en especial en la fijación del régimen de exclusiones y la determinación expresa y clara de las preexistencias que no formarán parte del servicio.

4.3. En relación con el régimen de preexistencias y exclusiones, la jurisprudencia constitucional tiene establecido lo siguiente. De una parte, las preexistencias que queden excluidas del contrato de medicina prepagada deberán corresponder al resultado del examen de ingreso practicado por la entidad a cada usuario. En este aspecto, en la citada sentencia T-549-03 se señaló que “en contraste con la prohibición del artículo 164 de la Ley 100 de 1993 en cuanto a las empresas promotoras de salud EPS a cargo del POS, en los contratos de medicina prepagada, como parte del iter contractual y para la definición del alcance de las obligaciones de la entidad a cargo del servicio, es deber de la entidad realizar un examen de ingreso al usuario que tiene por objeto la definición de patologías preexistentes con el fin de excluir los servicios que requieran atención por dicho concepto, es decir, no se encuentran amparadas (Decreto 1222 de 1994) [por cuanto] el diagnóstico de preexistencias durante la ejecución del contrato incorpora una modificación unilateral de las obligaciones a cargo de la entidad prestadora del servicio de salud y, tratándose de patologías que pueden ser diagnosticadas mediante el examen de ingreso, es decir, a partir de la celebración misma del vínculo, no es posible aceptar que las normas y las cláusulas que lo rigen se interpreten para excusar la omisión inicial de empresa de medicina prepagada”¹¹.

De la otra parte, frente al régimen de exclusiones, la Corte ha expresado que el contrato debe contener una estipulación expresa de las enfermedades, medicamentos, procedimientos y tratamientos médicos que quedan excluidos de la prestación del servicio de salud ofrecido por las entidades de medicina prepagada. Al respecto se tiene que “Atendiendo la naturaleza estrictamente privada de los contratos de medicina prepagada, la Corte Constitucional ha sido consistente en reiterar que las entidades de medicina prepagada deben estipular expresamente en sus cláusulas contractuales aquellos procedimientos, tratamientos y medicamentos que la entidad de medicina prepagada no se encuentre dispuesta a suministrar. De esta manera, teniendo en cuenta que las partes deben sujetarse con rigor a las obligaciones que se encuentren consagradas en el contrato y los acuerdos que lo complementen o modifiquen, es diáfano que cualquier enfermedad o procedimiento médico que no se encuentre expresamente excluido de la cobertura del contrato deberá ser

asumido íntegramente por la entidad de medicina prepagada”¹².

4.4. Finalmente, en la ejecución del contrato de medicina prepagada no están en juego únicamente intereses de tipo convencional y económico, dado que en él están comprometidos derechos constitucionales como la salud, la integridad personal, el libre desarrollo de la personalidad y en especial la vida humana, lo que fundamenta la procedencia de la acción de tutela¹³.

4.5. En el presente caso, el señor Juan Carlos Galán Vargas tiene 31 años de edad y desde los 14 años padece de Diabetes Mellitus. En el último año su salud ha sufrido un deterioro progresivo de su función renal, al punto de llegar a ser mínima en la actualidad. Así lo certifica el médico tratante, quien en escrito dirigido a COOMEVA le manifestó que:

El señor Juan Carlos Galán, con cédula número 94.404.714, se encuentra afiliado a esa entidad desde Febrero de 1986. Presenta Diabetes Mellitus insulino dependiente y desde hace un año viene presentando deterioro progresivo de su función renal a pesar del control de su glicemia e hipertensión arterial.

Actualmente su función renal es mínima con una creatinina sérica de 8.99 mg/dl y depuración de creatinina de 7.9 ml/minuto.

Requiere terapia de reemplazo renal (diálisis) urgente.¹⁴

Pero, ¿Está COOMEVA contractualmente obligada a autorizar y asumir la diálisis ordenada por el médico tratante al señor Juan Carlos Galán?

En el expediente se encuentra una copia del Contrato de Prestación de Servicios de Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A. Plan Familiar, en el cual sobresalen dos aspectos de interés para la decisión que haya de adoptarse. i) En la Cláusula Segunda, sobre definiciones básicas, expresa que las Exclusiones “Son aquellas patologías, procedimientos y exámenes diagnósticos específicos que no serán cubiertos por Salud Coomeva M.P. S.A. y que están contempladas de manera expresa en la cláusula sexta del presente contrato”. ii) En la Cláusula Sexta se incluye la diálisis dentro de las exclusiones para todos los programas. El contrato está firmado por las partes, esto es, por la División Salud de COOMEVA y por la señora María Elena Vargas, madre del paciente.

Por lo anterior, dada la naturaleza jurídica del contrato de medicina prepagada, la peticionaria no podrá obtener del juez constitucional la orden para que se preste un servicio cuya cobertura ha sido excluido, de manera previa y expresa al celebrar el contrato de medicina prepagada. Como se indicó, la entidad está obligada a la atención médica incluida en un plan de salud preestablecido y consignado en el contrato.

Además, tal como lo ha asumido esta Corporación, cuando una persona es cotizante o beneficiario de los dos tipos de planes, “es libre de escoger entre el POS o el PAS contratados, acudiendo a las empresas respectivas que prestan uno y otro plan, sin que cada una de ellas pueda escudar su responsabilidad en la otra, salvo que el procedimiento, tratamiento o medicamento requerido por el usuario se encuentre expresamente excluido de las coberturas específicas de cada uno de ellos”¹⁵. (Subrayado fuera de texto) Por ende, asiste la razón al juez de segunda instancia al deducir la improcedencia de la acción de tutela interpuesta contra la empresa accionada.

4.6. No obstante lo anterior, ello no significa que el hijo de la peticionaria quede sin posibilidad alguna de ser beneficiario del sistema General de Seguridad Social en Salud. Si bien en la actualidad él está siendo atendido por el Seguro Social EPS y dado que esa entidad no fue vinculada en el proceso, la Sala se limitará a recordar la jurisprudencia de esta Corporación en relación con la exigencia de las semanas mínimas de cotización y que se halla descrita, entre otros, en el siguiente aparte de la sentencia T-992/03 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa:

3.4.1. La Corte Constitucional ha puesto de presente en reiteradas oportunidades que, de acuerdo con el artículo 164 de la Ley 100 de 1993, la atención de las enfermedades catastróficas o de alto costo, requieren de un período de cotización de 100 semanas¹⁶. De igual manera, el artículo 26 del Decreto 1938 de 1994 dispone que las enfermedades catalogadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos en el grupo ocho (8) o superiores, exigen de un período mínimo de cotización de 52 semanas¹⁷. En caso de que no se cumpla con el período mínimo, según el caso, el usuario deberá pagar un porcentaje del valor total del tratamiento, correspondiente al porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar dichos períodos (parágrafo 2° del artículo 26 del Decreto 1938 de 1994).

Ahora bien, “en reiterada jurisprudencia esta Corporación ha sostenido que la aplicación sin contemplaciones de las normas mencionadas, vulnera el derecho constitucional a la salud, en conexión con los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física, de quien necesita el tratamiento sometido a un mínimo determinado de cotizaciones al sistema cuando: 1.- la falta del tratamiento sometido a un mínimo de semanas cotizadas al sistema, vulnera o amenaza los derechos a la vida y a la integridad física de quien lo requiere; 2.- ese tratamiento no pueda ser sustituido por otro no sometido a semanas mínimas de cotización; 3.- el interesado no pueda cubrir el porcentaje que la E.P.S. se encuentra autorizada legalmente a cobrar y no pueda acceder al tratamiento por otro plan distinto que lo beneficie y 4.- el tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la E.P.S. de quien se está solicitando el tratamiento¹⁸¹⁹ (negritas fuera de texto). Cuando concurren estas cuatro condiciones, la Corte ha ordenado a la E.P.S. cubrir la totalidad atención médica requerida y la ha autorizado para repetir contra el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud, FOSYGA por la parte equivalente a las semanas no cotizadas²⁰.

Esta Sala de Revisión confirmará entonces la sentencia dictada en el proceso de la referencia por el juzgado de segunda instancia.

III. DECISION

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

RESUELVE:

Primero.- CONFIRMAR la sentencia proferida en el proceso de la referencia por el Juzgado Décimo Civil del Circuito de Cali.

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

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

JAIME CÓRDOBA TRIVIÑO

Magistrado Ponente

RODRIGO ESCOBAR GIL

Magistrado

MARCO GERARDO MONROY CABRA

Magistrado

IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO

Secretario General (e)

1 Cfr. Artículo 18 del Decreto 806 de 1998.

2 Cfr. Artículos 17 y 19 del Decreto 806 de 1998.

3 M.P. Jaime Araujo Rentería.

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

5 Las entidades de medicina prepagada se definen como un “sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme a las normas jurídicas para la gestión de la atención básica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”. Art. 1º del Decreto 1570/93, modificado por el art. 1º del Decreto 1486/94.

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

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

8 Cfr. Corte Constitucional. Sentencia T-549-03, M.P. Alvaro Tafur Gálvis. Sobre los mismos elementos, ver las sentencias SU-039/98 M.P. Hernando Herrera Vergara y T-065/04 M.P. Jaime Araujo Rentería.

9 Corte Constitucional. Sentencia T-065/04 M.P. Jaime Araujo Rentería.

10 Cfr. Corte Constitucional. Sentencia SU-039-98, M.P. Hernando Herrera Vergara.

11 En el mismo sentido pueden consultarse las sentencias T-533/96; SU-039/98 y SU-1554/00.

12 Corte Constitucional. Sentencia T-065/04 M.P. Jaime Araujo Rentería.

13 Al respecto ver las sentencias T-307-97, M.P. José Gregorio Hernández Galindo y T-549-03, M.P. Alvaro Tafur Gálvis. En ésta última se dijo: “Descrito así el vínculo y no obstante la previsiones tendientes a la conservación del equilibrio entre las partes, en la ejecución del contrato las entidades de medicina prepagada tienen una posición dominante, por cuyo abuso pueden causar la lesión de los derechos fundamentales de los usuarios, en quienes se reconoce de manera palmaria una situación de indefensión frente a aquellas, por lo que es clara la procedencia excepcional del amparo para remediar tales irregularidades”.

14 Folio 18 del expediente.

15 Corte Constitucional. Sentencia T-1132/03 M.P. Jaime Araujo Rentería. .

16 Cfr. entre otras, las sentencias T-092 de 1999 (M.P. Alfredo Beltrán Sierra) y T-362 de 2003 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa).

17 Cfr. entre otras, la Sentencia SU-480 de 1997 (M.P. Alejandro Martínez Caballero).

18 Corte Constitucional, Sala Plena, sentencias SU-111 de 1997, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz; SU-480 de 1997, M.P. Alejandro Martínez Caballero, y C-112 de 1998, M.P. Carlos Gaviria Díaz. Sala Primera de Revisión, sentencias T-370, T-385 y T-419 de 1998, M.P. Alfredo Beltrán Sierra. Sala Octava de Revisión, sentencias T-236 y T-328 de 1998, M.P. Fabio Morón Díaz.

19 Sentencia T-092 de 1999 (M.P. Alfredo Beltrán Sierra).