

T-732-98

{p}

Sentencia T-732/98

ESTADO SOCIAL DE DERECHO-Atención en salud

Dentro del Estado Social de derecho, la atención de la salud de las personas residentes en Colombia, constituye un cometido programático de carácter social a cargo del Estado y de los asociados, que sin duda le impone al poder público y a los particulares la misión constitucional de establecer y crear un sistema de seguridad social integral que atienda los derechos sociales previstos en la Carta Política, especialmente en materia de salud, que comprende por extensión los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física.

VIDA-Valor y derecho

Esta Corporación, ha considerado que la vida humana constituye un valor fundamental y superior que debe asegurarse por parte de las autoridades públicas y de los particulares, aún más, quienes prestan servicios de seguridad social, los cuales están instituidos para protegerla y para garantizar el derecho fundamental a la integridad física y mental, máxime si se tiene en cuenta lo dispuesto en la Carta Política artículo 11, el cual consagra el derecho a la vida como el de mayor connotación jurídica política, ya que se erige en el presupuesto ontológico para el goce de los demás derechos humanos y constitucionales.

DERECHO A LA SEGURIDAD SOCIAL-Relación paciente y entidad de salud

La jurisprudencia de esta Corte ha estimado y que las relaciones paciente y entidad de salud, encargada de la prestación de este servicio, cualquiera sea su naturaleza; pública, mixta, o privada, como expresión de los derechos sociales y prestacionales a la seguridad social, son objeto de específicas regulaciones, controles y prohibiciones, en las que el deber de atención aumenta y son más graves sus responsabilidades, que las que de ordinario se exige a otro conjunto de instituciones.

ACCION DE TUTELA CONTRA PARTICULARES-Prestación de servicio público de salud

ACCION DE TUTELA CONTRA EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Procedencia

DERECHO A LA VIDA-Comprende la salud e integridad física

DERECHO A LA SALUD-Fundamental por conexidad

DERECHO A LA VIDA DIGNA-Alcance

El derecho a la vida no significa la simple existencia, como lo ha reiterado múltiples veces esta Corte, sino la existencia en condiciones dignas y cuya negación es precisamente la prolongación de dolencias físicas, o la generación de nuevos malestares, o el mantenimiento de un estado de enfermedad, cuando es perfectamente posible mejorarla en aras de obtener una óptima calidad de vida.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Compromete derechos constitucionales fundamentales/CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Procedencia excepcional de tutela

SERVICIO DE MEDICINA PREPAGADA-Prestación por EPS y compañía de medicina prepagada

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Vinculación variada/PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y PLAN DE MEDICINA PREPAGADA-Diferencias/PLAN DE MEDICINA PREPAGADA-Mejoramiento calidad de los servicios/ EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Tercero frente a relación de usuario con EPS

Es perfectamente posible, desde el punto de vista legal que un particular pueda, poseer un POS y a su vez, un plan de medicina prepagada, PAS estableciendo una vinculación variada al Sistema de Seguridad Social en materia de salud. Una entidad que tiene por objeto social la prestación de los servicios de salud en la modalidad de medicina prepagada, no pueden liberarse de responder por los tratamientos, intervenciones, medicamentos, hospitalizaciones y demás elementos necesarios para la preservación de la salud del afiliado y de los beneficiarios del contrato previamente celebrado, trasladando sus obligaciones a terceras personas jurídicas, como quiera que, si ello ocurre así, a juicio de la Corte, se desvirtuaría la filosofía que anima el sistema referido, el cual busca mejorar la atención con base en mayores aportes o en nuevos pagos, ello porque la entidad de medicina prepagada se constituye en un tercero frente a las relaciones jurídicas existentes entre un usuario y una EPS pública, mixta y privada, que preste el servicio médico bajo el cubrimiento del plan

obligatorio de salud e inclusive de otro tipo de planes adicionales o complementarios.

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Naturaleza jurídica

Esta Corte ha expuesto múltiples veces, que los contratos de medicina prepagada, -como todos- pero en mayor grado por razón de su objeto, debe celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe y, por ende, en cuanto se presume esta, tal elemento no puede ser ajeno a la solución judicial de un litigio, pues, la naturaleza jurídica de un contrato de medicina prepagada es diferente de la relación jurídica que surge de un particular con relación a una empresa prestadora de los servicios de salud.

EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-No traslado de responsabilidad a otras relaciones como la del usuario con el P.O.S.

Si las personas no están obligadas a contratar la medicina prepagada y por ende, tampoco a aumentar el nivel de aportes o de cuotas o mayores erogaciones, mal puede entenderse que la compañía que ofrezca planes de esta naturaleza, esté legal o contractualmente habilitada, para trasladar la responsabilidad que les corresponde, por virtud de un vínculo contractual, a otras relaciones jurídicas existentes entre el mismo usuario, con ocasión de un plan obligatorio de salud (POS) que lo cubra, sea con una persona jurídica pública mixta o privada, máxime cuando, a juicio de la Corte, los artículos 164 de la Ley 100 de 1993 y 18, 19 a 24 del decreto 806 de 1998, protegen al usuario frente a este tipo de conductas de las empresas de medicina prepagada o de las entidades adoptadas o de las mismas aseguradoras.

PLAN ADICIONAL DE SALUD-Entidad no podrá condicionar su acceso a la previa utilización de otro plan

EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-No atención de accidente de trabajo bajo argumento de corresponder a EPS

ACCION DE TUTELA-Carencia actual de objeto

Ha sido doctrina reiterada de esta Corte el que las decisiones del juez de tutela carecen de objeto cuando en el momento de proferirla, encuentra que la situación expuesta en la demanda, que había dado lugar a que el supuesto afectado intentara la acción, se han modificado sustancialmente, de tal manera que ha desaparecido toda posibilidad de

amenaza o daño a los derechos fundamentales, siendo la amenaza de estos la justificación o el propósito de esta forma de administración de justicia en el caso concreto, ningún sentido tiene que el fallador imparta órdenes en el pasado pero que al momento de cumplirse la sentencia no exista, o, cuando menos presenta características diferentes a las iniciales.

PREVENCION A EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-No práctica de cirugía bajo argumento de corresponder al P.O.S.

Actora: María del Pilar Montoya Hoyos

Magistrado Ponente:

Dr. FABIO MORON DIAZ

Santafé de Bogotá D.C., noviembre veintisiete (27) de mil novecientos noventa y ocho (1998).

La Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional, conformada por los H. Magistrados FABIO MORON DIAZ, VLADIMIRO NARANJO MESA y ALFREDO BELTRAN SIERRA, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, previo estudio del Magistrado Ponente, resuelve sobre el proceso de la acción de tutela presentada por la ciudadana MARIA DEL PILAR MONTOYA HOYOS, contra la empresa de Medicina Prepagada Humana S.A.

I. ANTECEDENTES

En ejercicio de la acción de tutela a que se refiere el artículo 86 de la Constitución Política y el Decreto 2591 de 1991, la ciudadana MARIA DEL PILAR MONTOYA HOYOS, demandó la protección de sus derechos fundamentales a la vida, salud y trabajo, que en su sentir, le fueron violados por la Compañía HUMANA S.A., entidad prestadora de servicios de salud prepagada y cuyos representantes legales en la ciudad de Medellín, son los Doctores ALEJANDRO BUSTOS RAMIREZ Y ROSARIO DURAN MARTINEZ.

Afirma la demandante en su libelo, que ella hace parte de un grupo de usuarios o beneficiarios de los servicios de medicina prepagada que presta la Compañía HUMANA S.A., mediante el programa PLUS, dentro del contrato No. 04-1-5-00724-000, cuya vigencia inició el 1 de noviembre de 1997 y finalizó el 31 de octubre de 1998.

Aduce la peticionaria que, por razón de un accidente de trabajo ocurrido el día 2 de junio de 1998, en la Gobernación del Departamento de Antioquia, en donde presta sus servicios, fue atendida, inicialmente, en los servicios de urgencias de la Clínica SOMA de esta ciudad. Posteriormente, el médico otorrinolaringólogo ALBERTO VELASQUEZ URIBE, adscrito a HUMANA S.A., quien, como consecuencia del golpe producido con una puerta metálica en el rostro, le diagnosticó “fractura nasal” ya que presentaba “un proceso sinusual severo con recaída por trauma nasal hace una semana y desde entonces obstrucción severa para respirar”, habiéndole recomendado el día 12 de junio de 1998, una cirugía para enmendar el problema consistente en una “Maxilo Etmoidectomía, acompañada de una polipectomía y seguida de una Rinoplastia”.

Narra la actora, que solicitó, ante las directivas de HUMANA S.A., la orden de cirugía y ésta le fue negada por la parte demandada con el argumento, según el cual, por tratarse de una “patología preexistente”, en cuanto a los “pólipos nasales”, y de un “accidente de trabajo”, en relación con la fractura nasal, la empresa accionada no debía responder, por cuanto, conforme a las normas jurídicas vigentes (art. 5 y 34 del decreto 1295 de 1994), los accidentes de trabajo deben ser atendidos mediante el Plan Obligatorio de Salud, por la EPS correspondiente, que para el caso concreto de la peticionaria, es el I.S.S. Seccional Medellín y que de acuerdo al “anexo de exclusiones de HUMANA PLUS” que hace parte integral del contrato “aparece en el mismo en el literal i) las preexistencias y en el numeral 27, las prestaciones cubiertas por otras pólizas obligatorias o voluntarias”, con lo cual en su criterio se excluye su responsabilidad para atender la reclamación solicitada.

Ante la negativa de las directivas de HUMANA S.A. de prestarle el servicio de salud, la demandante acudió, a la acción de tutela por estimar violados o amenazados sus derechos constitucionales fundamentales a la vida, salud y trabajo, pues, aunque admite estar, afiliada a los servicios de la EPS del Seguro Social, en cuanto al POS; por “celeridad, mejor garantía y eficiencia”, optó por los de HUMANA S.A., en procura de hacer valer el mencionado contrato, de cuyo contenido, afirma la demandante, se desprende que:

“..... indica que la atención por traumas o accidentes de trabajo es sufragada en forma automática por dicha entidad y no por el usuario y/o contratante, respecto de indemnizaciones y desembolsos, inclusive, aquellos derivados de cualquier póliza de seguro que tenga el mismo tipo de cubrimiento y que por concepto de accidente lleguen a derivar

gastos de asistencia médica, lo que guarda concordancia con lo previsto en el artículo 109-6 del Código de Comercio”.

Con lo cual, concluye la demandante HUMANA S.A. debe prestarle la atención médica requerida para recuperar su estado de salud resquebrajado.

I. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El Juzgado Veintidós Penal del Circuito de Medellín, luego de notificar la acción y de dar el trámite respectivo, mediante fallo de 7 de julio de 1998, resolvió negar la acción de tutela, al considerar que existen otros medios de defensa judicial para atacar el acto de naturaleza contractual celebrado entre las partes. Adujo el Juzgado al negar la tutela que:

““Sea lo primero advertir que expresamente en la Constitución Nacional el derecho a la salud no está consagrado como derecho fundamental, para ser protegido mediante el ejercicio de la figura jurídica de la acción de tutela prevista en el artículo 86 de la misma Carta Magna, pero adquiere la calidad de tal cuando guarda estrecha relación con el derecho a la vida que si lo estipula el Estatuto Superior como derecho fundamental. Mas en el caso a estudio hay que hacer claridad que ni remotamente las molestias que sufre la accionante comprometen el derecho a su vida, o al menos no hay constancia al respecto. A priori descartamos entonces que no se amenazan ni vulnera directa o directamente (sic) el derecho a la vida.

“En cuanto al derecho al trabajo, este si estipulado en el Constitución Nacional como derecho fundamental, tampoco observa el despacho que se afecte, por cuanto la negativa a los servicios de salud por parte de Humana Plus en nada interfieren con sus labores cotidianas, las que en boca de la misma accionante se vienen cumpliendo, así sea con las dificultades que por lógica le implica la afección que soporta:

“Ahora bien, en el presente caso no cabe duda que la tutela se dirige contra una entidad particular encargada de la prestación de unos servicios públicos de salud, cuyo fin es salvaguardar el derecho a la vida (Cap. III artículo 42 Ord. 2º del Decreto 2591 de 1991), entidad contra la cual el accionante está en condiciones de indefensión, pero por este solo aspecto no quiere decir que su petición tenga que salir airosa, porque a juzgar por lo admitido por la misma demandante María del Pilar Montoya y los probado por este Juzgado, el proceder la entidad HUMANA PLUS guarda concordancia con disposiciones de orden legal y

por tanto no dudamos en afirmar que la conducta de la entidad accionada es legítima y en consecuencia la tutela es improcedente, tal como lo autoriza el artículo 45 del mismo catálogo 2591/91 que venimos de citar.

“Por lo demás se alega el incumplimiento de un contrato, en cuanto a la exigencia de los servicios de salud que la compañía HUMANA PLUS mediante el mismo (véase condiciones del contrato Nro. 04-1-5-00724-0000 fls. 7 vto), se prometió cumplir por el sistema de medicina prepagada, ya en el reconocimiento, reintegro o reembolso de dineros por servicios salud, de los cuales no hay constancia en este expediente de haber sido sufragados por la accionante u otra entidad a su nombre, todo lo cual es demandable por otro vía o medio judicial como es la civil y no de la más informal y expedita que define el precepto 86 de la Carta Política como tutela”.

I. LA IMPUGNACION

La demandante impugnó, dentro del término legal, el fallo aludido, con base en los siguientes argumentos:

Afirma la actora que, en principio, es necesario aclarar que ella inicialmente estuvo afiliada a UNIMEC y luego a HUMANA S.A., empresa esta última a la cual le fueron cedidos los contratos inicialmente celebrados.

En su opinión, esgrime la impugnante, el sistema de medicina prepagada está encargado de la prestación de un servicio público de salud por parte de particulares, conforme al régimen jurídico que regula la materia, por lo que concluye, que el “accidente de trabajo”, por ella sufrido, se constituye en un trauma, teniendo en cuenta las cláusulas del contrato celebrado, el cual no debe ser atendido por el Seguro Social, tal como lo argumenta la parte demandada, pues con ello se trasladaría arbitrariamente, en su sentir, a un tercero ajeno, la responsabilidad contractual por parte de HUMANA en cuanto a las obligaciones adquiridas, en virtud del negocio jurídico celebrado, en consecuencia aduce la demandante, ante la negativa de HUMANA S.A., su salud se encuentra seriamente resquebrajada por problemas respiratorios, por lo cual solicita, que el Juez de Segunda Instancia, aplique la sentencia T-307 de 1997, emanada de la Corte Constitucional para resolver favorablemente su caso concreto.

El H. Tribunal Superior de Medellín -Sala de Decisión Penal-, mediante providencia de fecha 11 de agosto de 1998, resolvió confirmar el fallo de 7 de julio de 1998, proferido por el Juzgado Veintidós Penal del Circuito de Medellín, que, a su vez, negó la tutela de los derechos invocados por la accionante contra la entidad de medicina prepagada HUMANA S.A., por las siguientes razones jurídicas:

“En el anexo de preexistencias, folio 33, se anotaron: septoplastia, incluye extirpación, reposición cartílago y rinoplastia, amigdalectomía reductora y pólipos nasales. Estas preexistencias quedan excluidas del presente contrato de prestación de servicios. Ella expresamente manifestó ser conocedora y aceptó las condiciones contenidas en el anexo de coberturas y exclusiones.

“Al llenar el formulario de solicitud de afiliación, Humana dió a conocer a los contratantes las exclusiones contenidas en la cláusula VII, las mismas que formaron parte de las preexistencias anotadas en acápite anterior. Así mismo en el anexo de exclusiones de la misma entidad, en su numeral 2º, dice: Cirugía estética, así como la cirugía plástica reparadora con la cual se pretenda tratar afecciones preexistentes AL MOMENTO DE INICIARSE LA VIGENCIA DE ESTE CONTRATO. Igualmente se excluyen las septoplastías, septorrinoplastias, excepto las que tratan el numeral 2 de las cláusulas V. y escleroterapia para el tratamiento de várices.

“Acertada estuvo la determinación del Juez Constitucional de primera instancia. MARIA DEL PILAR caprichosamente pretende que por una acción de tutela se le obligue a la entidad HUMANA a que le practique una cirugía, cuando también puede acudir al Instituto de los Seguros Sociales y a la Administradora de Riesgos Profesionales para obtener solución a su caso por el accidente de trabajo padecido el 2 de junio de 1998 (fls 14 y 15) y a su vez, por los pólipos que es una preexistencia, excluida en el contrato de vinculación contraído con Humana. Ella tiene otras alternativas diferentes a la vía de la tutela y que no ponen en peligro su salud ni su vida.”

De otra parte, sostuvo el H. Tribunal Superior de Medellín, en cuanto a la existencia de otras

vías judiciales diferentes a la tutela que:

“En el caso sometido a estudio la petente puede acudir al Seguro Social para solucionar su problema de salud a consecuencia de un accidente de trabajo; a la vía administrativa, acudiendo a la Superintendencia Nacional de Salud que es la entidad encargada de vigilar a las empresas de medicina prepagada y a la vía civil”.

I. CONSIDERACIONES DE LA CORTE

Primera. La Competencia

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

Segunda. El Derecho a la vida y la salud.

El asunto que se debate en sede de tutela tiene que ver con la petición de amparo de sus derechos fundamentales a la vida, salud y trabajo por parte de la demandante en cuanto a la negativa de las Directivas de la Compañía HUMANA S.A. de practicarle una cirugía por fractura nasal, producto de un golpe a la altura del rostro con una puerta metálica, en la sede de su trabajo, el día 2 de junio de 1998. Como consecuencia de tal hecho, se produjo según narra la peticionaria y se desprende del acervo probatorio, un trauma nasal y la consiguiente existencia de una poliposis; habiéndole sido recomendada, el día 12 de junio de 1998, una cirugía, por parte del médico ALBERTO VELASQUEZ URIBE, adscrito a la entidad demandada, quien la atendió; para tal efecto, solicitó la actora, ante los representantes de HUMANA S.A., la orden de cirugía, la cual le fue negada, aduciendo, esta última empresa de medicina prepagada, que por tratarse de una “patología preexistente” en el caso de los pólipos nasales y de un “accidente de trabajo” en cuanto a la fractura nasal, y que, tomando en cuenta que, conforme a los artículos 5 y 34 del decreto reglamentario 1295 de 1994, los accidentes de trabajo deben ser atendidos por la EPS correspondiente, a través de las ARP,

que, en el caso de la demandante es el I.S.S. Seccional Medellín, y que de otro lado, en cuanto a los pólipos nasales, según el “Anexo de exclusiones de HUMANA PLUS”, que hace parte integral del contrato, aparece en el literal i) las preexistencias y en el numeral 27, las prestaciones cubiertas por otras pólizas obligatorias o voluntarias, por lo cual, se excluye su responsabilidad para atender la reclamación solicitada.

Para resolver la cuestión planteada, es preciso advertir que dentro del Estado Social de derecho, la atención de la salud de las personas residentes en Colombia, constituye un cometido programático de carácter social a cargo del Estado y de los asociados, que sin duda le impone al poder público y a los particulares la misión constitucional de establecer y crear un sistema de seguridad social integral que atienda los derechos sociales previstos en la Carta Política, especialmente en materia de salud, que comprende por extensión los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física.

Bajo esta perspectiva, en abundante doctrina jurisprudencial, esta Corporación, ha considerado que la vida humana constituye un valor fundamental y superior que debe asegurarse por parte de las autoridades públicas y de los particulares, aún más, quienes prestan servicios de seguridad social, los cuales están instituidos para protegerla y para garantizar el derecho fundamental a la integridad física y mental, máxime si se tiene en cuenta lo dispuesto en la Carta Política artículo 11, el cual consagra el derecho a la vida como el de mayor connotación jurídico política, ya que se erige en el presupuesto ontológico para el goce de los demás derechos humanos y constitucionales.

En igual sentido, la jurisprudencia de esta Corte ha estimado y reiterado, múltiples veces, que las relaciones paciente y entidad de salud, encargada de la prestación de este servicio, cualquiera sea su naturaleza; pública, mixta, o privada, como expresión de los derechos sociales y prestacionales a la seguridad social, son objeto de específicas regulaciones, controles y prohibiciones, en las que el deber de atención aumenta y son más graves sus responsabilidades, que las que de ordinario se exige a otro conjunto de instituciones, por lo tanto, esta Corte examinará este caso teniendo en cuenta el especial cuidado que cabe en estas materias, como quiera que la práctica de una cirugía tendiente a recuperar una fractura nasal, o a extirpar unos pólipos nasales, según se desprende del acervo probatorio y de lo expuesto en la tutela, no puede ser, en principio, negada, en opinión de esta Corte, sino con base en claros y precisos conceptos médicos y no, como ocurre con la peticionaria, con

respuestas de orden legal y contractual, que, a juicio de la Sala, son lesivas del derecho a la vida y a la salud de la peticionaria, como a continuación se demostrará por parte de esta Sala de Revisión de la Corporación.

En efecto, en el presente caso, no cabe duda, que la tutela es procedente, por cuanto se dirige contra una entidad particular pero encargada de la prestación del servicio público de salud (art. 42 Decreto 2591 de 1991), empresa contra la cual el accionante actúa lícitamente desde el punto de vista procesal y constitucional, y que conforme a sus circunstancias, se encuentra en una clara situación de indefensión, pues la accionante posee un interés y unos derechos de rango constitucional para acceder a la protección judicial inmediata de sus prerrogativas fundamentales, las cuales estima violadas en el curso de una relación contractual "sui generis" que, como se verá, no está regida únicamente por las disposiciones legales sobre contratos, sino, ante todo, por principios y postulados constitucionales.

Ahora bien, en criterio de esta Corte, es claro que la garantía plena de la vida humana, entendida como un valor superior, cobra una especial connotación, la cual, en determinados evento, la vincula y las relaciona con otros derechos, que sin perder su autonomía, le son consustanciales y dependen de él, como la salud y la integridad física. Esta Corte, ha precisado, reiteradamente, que la salud y la integridad física son objetos jurídicos identificables, los cuales nunca se pueden desligar de la vida que los abarca de manera directa, por ello, entiende esta Sala, que cuando se habla de la vida como un derecho fundamental necesariamente ésta comprende la dignidad humana, la salud y la integridad física, porque lo que se predica del género, también cobija a cada una de las especies que lo integran.

De otro lado, esta Corporación, también ha considerado que le corresponde al Juez de Tutela, valorar los hechos específicos de cada caso, para determinar su protección, mucho más cuando están en juego especiales derechos fundamentales, pues, el derecho a la salud, puede contraer y manifestar elementos que son propios de la naturaleza de otros derechos fundamentales, merced a su relación inescindible con la vida y la integridad física. Por ello, la Carta de 1991 califica como una garantía del Estado social de derecho, su protección, y el disfrute de unas condiciones dignas mínimas de orden vital, que haga efectivo su vigencia y eficaz reconocimiento por parte de las autoridades y de la sociedad en general.

En consecuencia, para esta Sala, es claro que el carácter fundamental del derecho a la salud, se hace relevante, y, merece su protección o amparo, básicamente, cuando de las circunstancias concretas, se desprende, para el operador jurídico, que la entidad o el particular que atiende estos servicios, no cumple sus obligaciones, negando en forma negligente o incluso dolosamente sus responsabilidades, con lo cual vulnera directa y gravemente el derecho a la salud o a la integridad física, destacándose que, la Corte ha tutelado casos semejantes¹, cuando en estos eventos, este derecho comporta no sólo el deber de atención puntual necesaria en caso de enfermedad, sino también la obligación de suministrar oportunamente los medios indispensables para recuperar y conservar la integridad física afectada, claro está, dentro de lo razonable y prudente que enseñe la experiencia médica en la materia, lo cual implica que el derecho a la vida no significa la simple existencia, como lo ha reiterado múltiples veces esta Corte, sino la existencia en condiciones dignas y cuya negación es precisamente la prolongación de dolencias físicas, o la generación de nuevos malestares, o el mantenimiento de un estado de enfermedad, cuando es perfectamente posible mejorarla en aras de obtener una óptima calidad de vida.

Para efectos de entrar a revisar el fondo del asunto planteado, en el caso sub examine, esta Sala juzga necesario hacer algunas precisiones sobre esta materia atendiendo el marco jurídico vigente. En efecto, en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados, como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de la incapacidad temporal por enfermedad general, contingencias específicas o cualquier otra circunstancia biológica determinada en la ley como la maternidad, la muerte, etc.

Así mismo, esta Corte, a través de su jurisprudencia y doctrina constitucional², ha estimado que de acuerdo con la ley, al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros, con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud, por lo que el legislador, a través de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, diseñó un conjunto de programas de salud, los cuales se desenvuelven mediante la consagración de cinco tipos de planes diferentes, a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el sistema de seguridad social, esto es, como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado o como vinculado al sistema general de seguridad social en salud. Ahora bien, mediante la utilización de estos

planes, los cuales son clasificados por la Ley 100 de 1993, en: 1. plan de atención básica PAB, 2. plan obligatorio de salud del régimen contributivo o POS, 3. plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado o POSS, 4. atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos y 5. atención inicial de urgencias.

No obstante lo anterior, conforme, también al régimen jurídico colombiano, dentro del sistema general de seguridad social en salud, pueden prestarse otros beneficios adicionales al conjunto de los anteriores planes, 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, los cuales pueden ser ofrecidos, independientemente, por las EPS, o por las entidades adaptadas e igualmente por las compañías de medicina prepagada o aún por las aseguradoras, según lo dispuesto por el art. 17 del Decreto 806/98, sin olvidarse, claro está, que conforme, con lo expuesto, en la sentencia SU-039 de 1998, este sistema de medicina prepagada se encuentra, definido expresamente, en el numeral 1 del artículo primero del Dto. 1570 de 1993, modificado por el artículo primero del Decreto 1486 de 1994, en el sentido de ser 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, incluídos en un plan preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”.

Ahora bien, con relación a la naturaleza jurídica de los contratos de medicina prepagada, señaló esta Corporación desde la sentencia C-176 de 1996 M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero, pasado por las decisiones judiciales T-533 de 1996 y T-250 de 1997 M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo, la tesis, según la cual: “.... existe una clara prevalencia de los derechos fundamentales, en virtud de la debilidad del usuario, con relación a la celebración y ejercicio de los contratos de medicina prepagada”.

En efecto en la sentencia T-307 de 1997 (M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo), señaló la Corte lo siguiente, a propósito de los criterios de interpretación de tales contratos en relación con los derechos fundamentales:

“Pero los contratos de medicina prepagada, que, según lo visto, tienen por objeto exclusivo

la prestación del servicio público de salud, no pueden ser tratados en todos sus aspectos bajo la misma óptica ni dentro de criterios iguales a los que gobiernan las relaciones puramente patrimoniales, ya que en su ejecución están comprometidos, más allá del conmutativo interés convencional y económico, derechos constitucionales fundamentales como la salud, la integridad personal y en especial la vida humana.

De otro lado, cuando la Corte ha prohiado la procedencia de la acción de tutela en estos casos, aun con efectos definitivos, pese a que las diferencias típicamente contractuales encuentran solución adecuada en los estrados de la justicia civil, así lo ha hecho en consideración a la circunstancia de que -por razón de la materia del contrato, que atañe de modo directo a los derechos fundamentales de mayor entidad- la vía judicial ordinaria no goza de suficiente aptitud para decidir los conflictos que surjan en el plano constitucional, específicamente relativos a la violación o amenaza de tales derechos en el curso de la prestación del servicio”.

Igualmente en la referida decisión se expresó:

“Pero, adicionalmente, no puede pasar desapercibido ante la Corte que las empresas en mención, en cuanto tienen bajo su control directo el manejo de todos los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales -hasta tal punto que, en la práctica, son ellas las que deciden de manera concreta si cubren o no el respectivo gasto en cada momento de la ejecución del contrato- se constituyen en la parte fuerte de la relación contractual, mientras que los usuarios, por su normal indefensión ante aquéllas, y dadas las circunstancias de apremio en medio de las cuales formulan sus reclamaciones y demandas de servicio -pues deben hacerlo en la hipótesis de la propia enfermedad o la de su familiar cercano- conforman la parte débil del convenio. Esto hace indispensable la intervención del juez constitucional en defensa del armónico equilibrio entre las partes, en el ámbito de los aludidos derechos fundamentales, que son prevalentes.”

De otra parte, también estima la sala de revisión de la Corte, que es necesario destacar como, en el régimen consagrado en la normatividad sobre seguridad social, en los artículos 169 de la Ley 100 de 1993 y 18 y 19 del Decreto 806 de 1998, el legislador ha consagrado un régimen de protección a los usuarios de los planes de medicina prepagada; en efecto, ya

desde la ley 10 de 1990, la cual reorganizó el Sistema Nacional de Salud, se autorizó, la prestación del servicio de salud mediante la forma de la medicina prepagada, dentro de un esquema de contratación particular y voluntario, bajo la intervención del Estado, en razón de lo cual, se expidieron los decretos números 1570 de 1993, 1222 de 1994, el primero de ellos fue objeto de modificaciones por el decreto 1486 de 1994 y últimamente, el Ministerio de Salud, expidió el decreto reglamentario 806 de 1998, el cual contempla la posibilidad de que las Empresas Prestadoras de Salud, ofrezcan planes prepagados, cuya financiación estará, en su totalidad, a cargo del afiliado, sufragados con recursos distintos de las cotizaciones obligatorias de la seguridad social.

Ahora bien, en atención al anterior marco legal, que permite la prestación de los servicios de medicina prepagada, ya sea por parte de las EPS, o de las compañías de medicina prepagada o de las entidades adoptadas y aún de las aseguradoras; según lo normado por el artículo 17 del Decreto 806 de 1998, se desprende que, las relaciones jurídicas que surgen entre un particular y cada una de las anteriores personas jurídicas, ya sean una empresa de medicina prepagada o cualquier otra, la que celebra un usuario y una empresa promotora de salud (EPS) u otra diferente, cuyo objeto sea la prestación del plan obligatorio de salud (POS), dentro del Sistema del Régimen Contributivo, son diferentes, en razón de las partes y de su naturaleza y objeto, vale decir, unas se derivan de las normas imperativas de la seguridad social y otras provienen de la libre voluntad del afiliado, quien, con miras a mejorar la calidad de los servicios que recibe de la EPS, resuelve incurrir en mayores erogaciones a su costa, para contratar la medicina prepagada a manera de poseer un plan de salud adicional, distinto al del básico o POS; por tanto, de lo anterior se colige, para la Sala, que, es perfectamente posible, desde el punto de vista legal que un particular pueda, poseer un POS y a su vez, un plan de medicina prepagada, PAS estableciendo una vinculación variada al Sistema de Seguridad Social en materia de salud, por lo que, se concluye, en criterio de la Corte, que conforme a la normativa que regula esta materia, una entidad que tiene por objeto social la prestación de los servicios de salud en la modalidad de medicina prepagada, no pueden liberarse de responder por los tratamientos, intervenciones, medicamentos, hospitalizaciones y demás elementos necesarios para la preservación de la salud del afiliado y de los beneficiarios del contrato previamente celebrado, trasladando sus obligaciones a terceras personas jurídicas, como quiera que, si ello ocurre así, a juicio de la Corte, se desvirtuaría la filosofía que anima el sistema referido, el cual busca mejorar la atención con base en mayores aportes o en nuevos pagos, ello porque, se repite, la entidad de medicina

prepagada se constituye en un tercero frente a las relaciones jurídicas existentes entre un usuario y una EPS pública, mixta y privada, que preste el servicio médico bajo el cubrimiento del plan obligatorio de salud e inclusive de otro tipo de planes adicionales o complementarios.

De otro lado, esta Corte ha expuesto múltiples veces, que los contratos de medicina prepagada, -como todos- pero en mayor grado por razón de su objeto, debe celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe y, por ende, en cuanto se presume esta (art. 83 de la Constitución), tal elemento no puede ser ajeno a la solución judicial de un litigio como el planteado, pues, se reitera, la naturaleza jurídica de un contrato de medicina prepagada es diferente de la relación jurídica que surge de un particular con relación a una empresa prestadora de los servicios de salud.

Además, ha sido opinión uniforme de esta Corte el considerar que es necesario preservar en tales negocios jurídicos de medicina prepagada, como servicios privados de salud pero de interés público (art. 19 Dto. 806 de 1993), un mínimo equilibrio entre los contratantes, por lo cual, no puede aceptarse, para esta Corte, que el criterio imperativo de uno de ellos, la compañía prestadora del servicio, prevalezca sobre el usuario, menos todavía cuando de lo que se discute dependen factores que, en la práctica, inciden en la preservación de la vida digna de una persona, por lo tanto, estima la Sala, si las personas no están obligadas a contratar la medicina prepagada y por ende, tampoco a aumentar el nivel de aportes o de cuotas o mayores erogaciones, mal puede entenderse que la compañía que ofrezca planes de esta naturaleza, esté legal o contractualmente habilitada, para trasladar la responsabilidad que les corresponde, por virtud de un vínculo contractual, a otras relaciones jurídicas existentes entre el mismo usuario, con ocasión de un plan obligatorio de salud (POS) que lo cubra, sea con una persona jurídica pública mixta o privada, máxime cuando, a juicio de la Corte, los artículos 164 de la Ley 100 de 1993 y 18, 19 a 24 del decreto 806 de 1998, protegen al usuario frente a este tipo de conductas de las empresas de medicina prepagada o de las entidades adoptadas o de las mismas aseguradoras.

En efecto, esta Corte ha precisado, en varias oportunidades, frente a casos similares al estudiado, que conforme a la ley, los planes de medicina prepagada se encuentran comprendidos dentro de los denominados, "Planes Adicionales de Salud (PAS), los cuales son diferentes de los calificados como "planes complementarios de salud", ya que los primeros,

es decir, los “PAS” se hallan definidos y desarrollados por los decretos 1570 de 1993, 1222 de 1994, 1486 de 1994 y últimamente por el Decreto reglamentario 806 de 1998, el cual fue dictado en desarrollo de la Ley 10 de 1990 y las disposiciones 154, 157 y 159 de la Ley 100 de 1993 y 23 de la ley 344 de 1996. El anterior decreto, desde el artículo 18 hasta el 24, establece el marco legal que regula las relaciones entre los usuarios y las empresas de medicina prepagada, con miras, precisamente, a proteger el sector o grupo social de usuarios de los Planes de Atención Adicional.

Para esta Sala resulta importante resaltar como, el último inciso del artículo 18 del referido decreto estipula que:

“Definición de Plan de Atención Adicional, PAS, Se entiende por Plan de Atención Adicional aquel conjunto de beneficios opcionales y voluntarios, financiados 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 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 la entidad no podrá condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan”. (El subrayado es de la Sala).

En igual sentido el artículo 19 del decreto establece los tipos de PAS, de la siguiente forma:

“Dentro del sistema general de la seguridad social en salud puede prestarse los siguientes PAS:

2. planes de medicina prepagada, que se regirá por las disposiciones especiales previstas en su régimen.

.....”

Por lo que, concluye la Sala, estas disposiciones jurídicas que se concibieron, por parte del

legislador, para favorecer a los usuarios, permite que éstos puedan optar libre y voluntariamente, si utilizan o no, en caso de sufrir una contingencia amparada, el POS, si se encuentran afiliados a una EPS, o el "PAS", si poseen un Plan Adicional de Salud, vale decir, pueden acudir a la empresa de medicina prepagada si también poseen un contrato de esta naturaleza, o a otra entidad pública, mixta o privada, si se hallan afiliados al régimen contributivo, sea a través del I.S.S., Cajanal o cualquier otra persona jurídica; en consecuencia de lo anterior, estima la Corte que, estas normas no pueden ser aplicadas ni interpretadas por las empresas de medicina prepagada, en el sentido de liberarse de las obligaciones inherentes al contrato de medicina prepagada, previamente celebrado con un usuario, remitiendo al paciente al sistema general de la seguridad social en salud (POS), como ocurre en el caso concreto sub lite, pues con ello, en criterio de la Sala, se desfigura la finalidad del sistema de medicina prepagada, el cual busca ofrecer mejores beneficios, opcionales y voluntarios, con base en recursos diferentes a las cotizaciones obligatorias que deben pagar todos los trabajadores dependientes o independientes que se encuentren afiliados al régimen contributivo conforme al Estatuto de la Seguridad Social.

Tercera. Carencia Actual del Objeto

Ahora bien, en el caso de autos y de acuerdo con el acervo probatorio que obra en el expediente, se desprende lo siguiente: 1. Que la ciudadana MARIA DEL PILAR MONTROYA se encuentra vinculada con Humana S.A., mediante contrato de medicina prepagada, identificado con el No. 04-1-5-00724000, el cual tiene una vigencia que se inició el 1 de Noviembre de 1997 y finaliza el 31 de octubre de 1998 y no mediante contrato o plan complementario; 2. que en vigencia del mismo negocio jurídico, la peticionaria sufrió un menoscabo en su integridad física, el día 2 de junio de 1998 en la sede de la Gobernación de Antioquia, en donde presta sus servicios, (folio 10), 3. que dicho accidente le produjo una fractura nasal, siéndole recetada por el galeno Alberto Velásquez Uribe; médico otorrinolaringólogo, adscrito a la entidad demandada (folio 14), una cirugía para remediar la lesión consistente en una "Maxilo etmoidectomía, acompañada de una Polipectomía y seguida de una Rinoplastia fenosal" (folio 14), 4. que una vez solicitada por la peticionaria de la tutela, la referida cirugía, la entidad demandada se negó a prestarle los servicios médicos pertinentes aduciendo que, "conforme a los artículos 5 y 34 del Decreto 1295 de 1994, los accidentes de trabajo deben ser atendidos por la EPS correspondiente", y que, en cuanto a los pólipos nasales, ellos constituyen una "preexistencia", previa y expresamente excluida

del contrato de medicina prepagada”.

No obstante lo anterior, para la Corte no son de recibo estos argumentos planteados por la parte demandada y acogidos por los jueces de instancia en el curso de este proceso, como quiera que, si bien la peticionaria tiene celebrado un contrato de medicina prepagada y al mismo tiempo se encuentra afiliada al Sistema de la Seguridad Social, a través del POS en su calidad de servidora pública, y aunque la diferencia entre los contratantes, ha surgido con motivo de la ejecución del contrato de medicina prepagada, es lo cierto que la compañía demandada, frente a una situación específica, que exige la urgente prestación de sus servicios médico quirúrgicos, con base en las obligaciones contractuales y a la buena fe, asumió, en criterio de la Corte, una actitud negativa, sin fundamento en las normas legales ya vistas (art. 164 de la Ley 100 de 1993 y Decreto 806 de 1998 de abril 30, art. 18 inc. 3), lo que repercutió en amenaza para la salud y la vida de la paciente, en términos tales que, si está apto por la utilización del PAS, o “plan de medicina prepagada”, lo fue porque la ley se lo permitía como quedó expuesto anteriormente, ya que si la demandante hubiese optado por el ejercicio de una acción contractual ordinaria y no por una acción de tutela, tendría que haber esperado varios años para la definición judicial del conflicto contractual, pese a los graves riesgos que pudo correr su salud por la dificultad propia de no poder respirar adecuadamente.

De otra parte, también es cierto, que desde las sentencias T-533 de 15 de octubre de 1996, reiterada por la T-250 del 27 de mayo de 1997, pasado por la T-307 de 1997, hasta llegar a la SU-039 de 1998, esta Corporación ha sostenido que, en el evento de que se presente una controversia contractual, en materia de medicina prepagada, ella debe ser resuelta, en principio, por la justicia ordinaria, también lo es que opera la tutela con efectos temporales y aún definitivos; cuando las circunstancias del solicitante lo ameriten para proteger la salud y en conexidad con ella la vida del contratante o aún de los beneficiarios de la relación jurídica. En este mismo sentido, se debe reiterar, el criterio jurisprudencial anterior, en relación con las controversias contractuales derivadas de los negocios jurídicos de medicina prepagada, según el cual, las partes cuentan con otros medios judiciales propios, de resolución que hacen inoperante la acción de tutela, pero ocurre que, a diferencia de lo analizado en las decisiones judiciales anteriores, en cuanto a las preexistencias, en este caso concreto, se encuentra la Sala ante el hecho cierto y probado, según el cual la peticionaria sufrió una contingencia en su integridad física, cuya consecuencia fue una fractura nasal, estando en

vigencia un contrato de medicina prepagada con la entidad demandada HUMANA S.A., la cual se ha negado a atender y practicar una cirugía previamente formulada por un médico adscrito a la misma, trasladando su responsabilidad contractual a otra relación jurídica existente entre la peticionaria, como usuario del Plan Obligatorio de Salud, y el I.S.S. de Medellín, desvirtuando la filosofía del Plan de Medicina Prepagada y las normas jurídicas que regulan la materia, por lo tanto, en sentir de esta Corte, tal comportamiento de la empresa de medicina prepagada, se torna ilegítima, ya que dicha entidad percibe justificadamente, unos ingresos en virtud del contrato, pero no cubre su responsabilidad, ni responde por sus obligaciones de hacer, como lo es a llevar a efecto una cirugía, lesionando los derechos de la afectada, quien podía optar, libre y voluntariamente por acudir ante la entidad contratante con el propósito de hacer valer sus derechos fundamentales.

No obstante lo anterior, mediante escrito de fecha 5 de noviembre de los corrientes, la demandante envió a esta Sala de Revisión, con destino al expediente de la referencia, una fotocopia de la incapacidad médica expedida por la otorrinolaringóloga Martha Osorno, así como unas certificaciones médicas de fechas agosto 26 y Noviembre 4 de 1998, de las cuales se desprende, que el día 20 de octubre de 1998, dicha médico, adscrita a la Clínica Las Américas de la ciudad de Medellín, le practicó la intervención quirúrgica, reclamada inicialmente, consistente en una "Micro cirugía de SPN con la cual se corrigió la patología traumática", vale decir, la misma que fue requerida, mediante esta acción de tutela a la empresa de medicina prepagada Humana S.A.; igualmente, de la prueba documental suministrada por la actora, se concluye, que los gastos ocasionados por el procedimiento médico, fueron asumidos directamente por el Instituto de los Seguros Sociales, por lo que, a juicio de esta Sala, se configuró, lo que la ley y la jurisprudencia de esta Corporación califican como "carencia actual de objeto"³.

En efecto, ha sido doctrina reiterada de esta Corte el que las decisiones del juez de tutela carecen de objeto cuando en el momento de proferirla, encuentra que la situación expuesta en la demanda, que había dado lugar a que el supuesto afectado intentara la acción, se han modificado sustancialmente, de tal manera que ha desaparecido toda posibilidad de amenaza o daño a los derechos fundamentales, siendo la amenaza de estos la justificación o el propósito de esta forma de administración de justicia en el caso concreto, ningún sentido tiene que el fallador imparta órdenes en el pasado pero que al momento de cumplirse la sentencia no exista, o, cuando menos presenta características diferentes a las iniciales.

En el caso sub examine, se observa que la accionante buscaba el amparo de sus derechos fundamentales a la vida y a la salud, sin embargo, como la situación que dió origen a la tutela se encuentra superada, esta pierde su razón de ser y el proceso por su parte, carece de objeto.

No obstante lo anterior la Corte prevendrá a la empresa de medicina prepagada para que en lo sucesivo no vuelva a incurrir en prácticas negativas como las que dieron mérito a la interposición de esta tutela y así lo dispondrá en la parte resolutive de esta sentencia.

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

RESUELVE

Primero. REVOCAR la sentencia proferida por la Sala de Decisión Penal del H. Tribunal Superior de Medellín, el día 11 de agosto de 1998, que a su vez confirmó el fallo de fecha 7 de julio de 1998 dictado por el Juzgado Veintidós Penal del Circuito de Medellín, dentro de la acción de tutela y en su lugar concederá la tutela interpuesta por la actora MARIA DEL PILAR MONTOYA HOYOS contra la entidad de medicina prepagada HUMANA S.A. para proteger sus derechos fundamentales a la vida, salud e integridad física, en consecuencia, se previene a la empresa demandada, para que en lo sucesivo no incurra en prácticas como las que dieron mérito a la interposición de esta acción.

Segundo.- Líbrense por la Secretaría de esta Corporación, las comunicaciones de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

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

FABIO MORON DIAZ

Magistrado Ponente

VLADIMIRO NARANJO MESA

Magistrado

ALFREDO BELTRAN SIERRA

Magistrado

MARTHA VICTORIA SACHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 Sentencias T-452 de 1992 M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo, T-236 de 1993, T-374 de 1993, T-432 de 1994, T-535 de 1994 M.P. Dr. Fabio Morón Díaz.

2 Sentencias T-533 de 1996, T-250 de 1997, T-307 de 1997 M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo, SU-039 de 1998 M.P. Dr. Hernando Herrera Vergara.

3 Sentencias T-349 y T-463 de 1997 M.P. Dr. Vladimiro Naranjo Mesa. T-321 de 1997 M.P. Dr. Antonio Barrera Carbonell, T-281 de 1998 M.P. Dr. Alejandro Martínez Caballero, T-288 de 1998 M.P. Dr. Fabio Morón Díaz.