

Sentencia T-795/08

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Integración al sistema general de seguridad social en salud

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Principios de integralidad y progresividad

PLANES ADICIONALES DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Definición

PLANES ADICIONALES DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-Alcance

PRINCIPIO DE LA BUENA FE EN CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Alcance

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Aplicación del principio de la buena fe

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Preexistencias no excluidas al momento del contrato

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

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Alcance de exclusiones

CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA-Preexistencias

ACCION DE TUTELA CONTRA EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA-Procedencia

La acción de tutela constituye por regla general el mecanismo idóneo para conjurar las vulneraciones o amenazas del derecho a la salud que puedan tener lugar con ocasión de la ejecución de un contrato de medicina prepagada, pues a pese a tratarse de un negocio jurídico cuya celebración emana de la voluntad de las partes contratantes y en consecuencia podría considerarse ajena a la esfera de competencia del juez constitucional, intereses constitucionales de mayor entidad activan dicha competencia en orden a garantizar la protección efectiva de los derechos fundamentales que puedan resultar afectados, para lo

cual no es necesario distinguir si tal lesión se dirige contra una persona que hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud en calidad de afiliado, vinculado o beneficiario de un plan adicional de salud -como en el caso de quienes celebran un contrato de medicina prepagada-.

DERECHO AL DIAGNOSTICO-Concepto

DERECHO AL DIAGNOSTICO-Fundamental como parte de la salud

DERECHO A LA SALUD-Incorpora el derecho al diagnóstico

ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD-No puede negarse a practicar examen médico por aspectos económicos o administrativos

Referencia: expediente T-1.759.108

Acción de tutela instaurada por Fernando Díaz del Castillo Hernández contra la Compañía de Medicina Prepagada COLSANITAS S.A.

Magistrado Ponente:

Dr. HUMBERTO ANTONIO SIERRA PORTO

Bogotá D.C., diecinueve (19) de agosto de dos mil ocho (2008).

La Sala Octava de Revisión de la Corte Constitucional integrada por los Magistrados Jaime Araujo Rentería, Clara Inés Vargas Hernández y Humberto Antonio Sierra Porto, quien la preside, así como el conjuer designado para el efecto, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, específicamente las previstas en los artículos 86 y 241 numeral 9º de la Constitución Política y en los artículos 33 y siguientes del Decreto 2591 de 1991, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

Dentro del proceso de revisión de los fallos de tutela proferidos por el Juzgado Cuarto Civil Municipal y Treinta y Seis Civil del Circuito de Bogotá en la acción de tutela instaurada por Fernando Díaz del Castillo Hernández contra la Compañía de Medicina Prepagada

COLSANITAS S.A.

## I. ANTECEDENTES.

El pasado doce (12) de julio de dos mil siete (2007), el ciudadano Fernando Díaz del Castillo Hernández interpuso acción de tutela ante el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Bogotá, solicitando el amparo de sus derechos fundamentales a la salud, la integridad física y la vida digna, los cuales, en su opinión, han sido vulnerados por la Compañía de Medicina Prepagada COLSANITAS S.A.

De acuerdo con la solicitud de tutela y algunas pruebas obrantes en el expediente, el accionante sustenta su pretensión en los siguientes hechos:

1.- El señor Fernando Díaz del Castillo Zarama, padre del accionante, suscribió con la Compañía de Medicina Prepagada COLSANITAS S.A. un contrato familiar de servicios de medicina prepagada -plan integral- a partir del primero (01) de diciembre de mil novecientos ochenta y tres (1983).

2.- El accionante -Fernando Díaz del Castillo Hernández- es beneficiario del contrato de medicina prepagada antes mencionado desde el primero (01) de diciembre de mil novecientos ochenta y siete (1987).

3.- La relación contractual entre la familia Díaz del Castillo Hernández y COLSANITAS S. A. se ha mantenido vigente hasta la fecha.

4.- En el año dos mil cinco (2005), mientras se encontraba adelantando sus estudios superiores en los Estados Unidos, médicos especialistas del Dana Farber Cancer Institute de la ciudad de Cambridge - Massachussets y del Brigham and Women´s Hospital de Boston, diagnosticaron al señor Díaz del Castillo Hernández linfoma de hodkings en etapa IIB, utilizando para el efecto el examen denominado PET CT (tomografía de emisión de positrones combinada con tomografía computarizada).

5.- La enfermedad padecida por el accionante fue tratada con diversas sesiones de radioterapia y quimioterapia. Servicios todos estos asumidos en forma total por el seguro médico de la universidad, que amparaba al señor Díaz del Castillo Hernández.

6.- Durante el tratamiento de la enfermedad, el accionante fue sometido en una oportunidad más al examen denominado PET CT. Así mismo, se recomendó que tal prueba le fuera practicada cada seis (06) meses durante el término de dos (02) años, con el objeto de establecer el estado de la patología y el tratamiento a seguir.

7.- A su regreso a Colombia, el accionante acudió a consulta con el Dr. Juan Guillermo Restrepo Molina, oncólogo clínico adscrito a la Compañía de Medicina Prepagada COLSANITAS S. A., quien el pasado once (11) de agosto de dos mil seis (2006), prescribió la realización de un nuevo examen PET CT, con el objeto de llegar a una conclusión definitiva en relación con la posible actividad tumoral de algunos ganglios presentes en el cuello del paciente (folio 20).

8.- Ante la salida del país del Dr. Restrepo Molina el accionante consultó con otro especialista igualmente adscrito a la Compañía demandada, quien el veintinueve (29) de enero de dos mil siete (2007) reiteró la orden para la realización del examen PET CT.

9.- El pasado dieciocho (18) de abril de dos mil siete (2007), COLSANITAS S. A. por conducto de su Directora de Servicios Médicos, contestó a la solicitud de autorización del examen PET CT dirigida el diez (10) de marzo del mismo año por el señor Díaz del Castillo Hernández. En tal sentido, afirmó la entidad accionada que, dicha prueba no se encuentra dentro de la cobertura del contrato de medicina prepagada al tenor la cláusula segunda (2ª) numeral primero (1º) del contrato<sup>1</sup>. Agregó asimismo que, este examen tampoco hace parte del Plan Obligatorio de Salud, razón por la cual, no es posible para la E. P. S. Sanitas -a la cual cotiza el peticionario- asumir su costo.

10.- Sostiene el accionante en su solicitud que, al tenor de lo previsto por la cláusula tercera (3ª) numeral segundo (2º) del contrato de medicina prepagada<sup>2</sup>, COLSANITAS S. A. se encuentra obligada a asumir los costos del examen PET CT por tratarse de una prueba que hace parte de la categoría de Medicina Nuclear.

## II. TRÁMITE DE REVISIÓN

La sala de decisión de la tutela de la referencia tuvo lugar el pasado ocho (08) de mayo de

dos mil ocho (2008), fecha para la cual, la Magistrada Clara Inés Vargas Hernández se encontraba ausente con permiso aprobado por la Presidencia de esta Corporación. En atención al salvamento de voto presentado por el Magistrado Jaime Araujo Rentería en relación con el proyecto de decisión y al consecuente empate en la votación del mismo, los magistrados presentes seleccionaron por sorteo efectuado ante la Secretaria General de la Corte al doctor Héctor Riveros Serrato como conjuez integrante de la Sala de Decisión y convinieron establecer una fecha posterior para la adopción del fallo.

### III. PRUEBAS RECAUDADAS EN EL CURSO DEL PROCESO

1.- Junto con la solicitud de amparo el accionante acompañó las pruebas documentales que a continuación se enlistan:

\* Contrato Familiar de Servicios de Medicina Prepagada Plan Integral (folios 13 a 14 cuaderno 1).

\* Certificación expedida por COLSANITAS S.A. en relación con la vinculación de Fernando Díaz del Castillo Zarama, Fernando y Adriana Díaz del Castillo Hernández a dicha compañía de medicina prepagada (folio 3 cuaderno 1).

\* Historia Clínica del señor Fernando Díaz del Castillo Hernández expedida por el BRIGHAM & WOMEN'S HOSPITAL de Boston - Estados Unidos (folios 4 y 5 cuaderno 1).

\* Historia Clínica del señor Fernando Díaz del Castillo Hernández proferida por el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá y orden médica para la práctica del examen PET CT suscrita por el Doctor Juan Guillermo Restrepo Molina (folios 8 y 9 cuaderno 1).

\* Orden médica para la práctica del examen PET CT suscrita por el Doctor. Carlos J. Castro el veintinueve (29) de enero de 2007 (folio 10 cuaderno 1).

\* Escrito dirigido por el accionante al vicepresidente de salud de COLSANITAS S.A. en el que se solicita la autorización del examen PET CT, radicada el dos (02) de marzo de dos mil siete (2007) (folio 11 y 12 cuaderno 1).

\* Respuesta dirigida por COLSANITAS S.A. al accionante en relación con la autorización del examen PET CT (folio 13).

\* Fotocopia de la “Guía del usuario y cuadro médico regional Bogotá de COLSANITAS S.A.” (folios 14 a 16 cuaderno 1).

\* Información obtenida de la página Web del Hospital Niza 9 de octubre, en relación con la medicina nuclear y el examen PET CT (folios 17 a 24 cuaderno 1).

2.- En auto fechado el diecisiete (17) de julio de dos mil siete (2007), el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Bogotá admitió la acción de tutela de la referencia y ordenó oficiar al Doctor Carlos José Castro, médico adscrito a la entidad demandada que suscribió una de las órdenes del examen PET CT, para que en el término de dos (02) días informara al Despacho sobre la necesidad de practicar dicho examen al señor Fernando Díaz del Castillo Hernández. Así mismo, se le solicitó señalar las consecuencias que acarrearía no practicárselo.

En respuesta al anterior requerimiento, el Doctor Carlos José Castro afirmó en relación con la información indagada por el Juzgador de Instancia:

“He visto al Sr. Díaz solo (sic) una vez (29 de Enero de 2007) en mi consultorio. No he sido su médico tratante, pero en ausencia del Dr. Juan G. Restrepo puedo informarle lo siguiente:

(...)

Cuando vino a mi consultorio se encontraba ASINTOMÁTICO y al examen físico no se le encontró evidencia de recurrencia de su linfoma. Creí (sic) conveniente solicitarle un PET- CT de control pero el paciente no volvió a mi consulta y no sé de su evolución desde entonces.

El PET-CT es un estudio que sería (sic) importante tener por su antecedente. De no hacerlo se podría realizar un TAC de abdomen y torax (sic) a fin de evaluar el estado de su enfermedad. Pero insisto que hace mas (sic) de 6 meses que no lo veo en consulta y no sé si las condiciones clínicas hayan variado.” (folio 45 cuaderno 1)

3.- En auto fechado el pasado veintidós (22) de abril de dos mil ocho (2008), el magistrado ponente a quien correspondió por reparto la tutela de la referencia, solicitó al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - Grupo Clínico, un Informe Técnico Médico

Legal que expusiera en forma clara y suficiente, los siguientes aspectos: (i) la necesidad de practicar el examen de PET CT como prueba de diagnóstico dirigida a establecer el estado de salud y la posible existencia de actividad tumoral debida al Linfoma de Hodking etapa II B padecida por el peticionario, en atención a la presencia de ganglios en su cuello; (ii) la pertenencia del examen PET CT a la categoría de medicina nuclear; (iii) la posibilidad de reemplazar el examen PET CT por un TAC de abdomen y tórax, así como (iv) la eficacia de estos dos tipos de prueba en relación con el diagnóstico y tratamiento del Linfoma de Hodking.

De igual manera, dispuso requerir a la Superintendencia Nacional de Salud para que en el término improrrogable de dos (2) días, informara si la prueba denominada PET CT (i) forma parte de la categoría denominada medicina nuclear y (ii) se encuentra incluida dentro de la cobertura legal y reglamentaria del Plan Obligatorio de Salud.

En respuesta escrita allegada a esta Corporación el veintitrés (23) de abril de dos mil ocho (2008), el Dr. Oscar Armando Sánchez Cardoso, profesional especializado del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, tras efectuar una completa exposición a propósito del examen PET (tomografía por emisión de positrones) combinado con CT (tomografía computarizada), señaló en relación con los aspectos demandados por el Magistrado Sustanciador:

#### “CONCLUSIONES

1. LA NECESIDAD DE PRACTICAR EL EXAMEN PET TC COMO PRUEBA DIAGNOSTICA DIRIGIDA A ESTABLECER EL ESTADO DE SALUD Y LA POSIBLE EXISTENCIA DE ACTIVIDAD TUMORAL DEBIDA A LINFOMA DE HODKING ETAPA II B, PADECIDA POR EL PETICIONARIO, EN ATENCIÓN A LA PRESENCIA DE GANGLIOS EN EL CUELLO?

Respuesta: Según la bibliografía aportada es pertinente practicar el examen y está indicado para la enfermedad que padece el peticionario.

1. La pertinencia del examen PET TC a la categoría de medicina nuclear?

Respuesta: Evidentemente, es un examen que usa un “análogo” de glucosa radioactiva que

se aplica por vía intravenosa y por lo tanto pertenece a la Medicina Nuclear.

1. La posibilidad de reemplazar el examen PET TC POR UN TAC de abdomen y tórax?

Respuesta: El artículo en referencia ampliamente sustentado por bibliografía médica seria, indica que el PET TC tiene muchas ventajas sobre el TAC de abdomen y tórax (...).

1. La eficacia de estos dos tipos de prueba en relación con el diagnóstico y tratamiento del Linfoma de Hodgking

Por lo expuesto anteriormente se espera, sustentados en los estudios científicos, que el diagnóstico y tratamiento del paciente, será mucho más adecuado si se practica el PET combinado con el TAC, que si se realizara solo uno o los dos por separado.” (folios 22 y 23 cuaderno 3)

Igualmente, la Superintendencia Nacional de Salud por conducto de la jefe de su oficina asesora jurídica, contestó el oficio remitido por la Secretaría de esta Corporación en escrito recibido el pasado treinta (30) de abril de dos mil ocho (2008), en el cual afirmó en relación con el objeto del requerimiento:

“En el artículo 76 de la precitada Resolución [5261 de 1994] se definieron los procedimientos radiológicos dentro de los cuales se encuentran diferentes tomografías, pero no esta de forma taxativa el procedimiento de PET - TC, por lo tanto la Entidad Promotora de Salud no tiene la obligación de asumir la cobertura de este procedimiento” (folio 27 cuaderno 3).

#### IV. INTERVENCIÓN DEL DEMANDADO

Dentro del término concedido por el juez de instancia, la entidad demandada -por intermedio de su representante legal- contestó la acción de tutela interpuesta por Fernando Díaz del Castillo, afirmando la improcedencia de la misma debido a que, en su concepto, el contrato de prestación de servicios de medicina prepagada de COLSANITAS S.A. tiene una amplitud delimitada de cobertura que, al tenor de la cláusula segunda, sólo obliga a esta entidad a cubrir el valor de los servicios determinados expresamente en el contrato, razón por la cual, no existe para la accionada, obligación alguna en relación la práctica de exámenes como el

PET CT que han sido excluidos de tal cobertura.

La accionada agrega asimismo que, en el caso de la referencia, el peticionario tiene derecho a gozar de los medios necesarios para la recuperación de su salud, siendo lo procedente para tal efecto, vincular al proceso a Sanitas EPS con el objeto de que tal entidad pueda ser condenada a proporcionar este examen, advirtiendo que por encontrarse excluido del POS, la EPS podrá ejercer el respectivo recobro ante el FOSYGA.

En tal sentido, la accionada afirma que no ha vulnerado los derechos fundamentales del señor Fernando Díaz del Castillo, razón por la cual, solicita al juez de amparo despachar desfavorablemente la petición elevada por el accionante.

## V. DECISIONES JUDICIALES OBJETO DE REVISIÓN

1.- En sentencia del trece (30) de julio de dos mil siete (2007) el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Bogotá decidió negar el amparo solicitado.

De acuerdo con la consideraciones del a quo, “después de haber realizado un estudio de todas y cada una de las pruebas obrantes dentro (sic) del expediente se ha podido establecer que no concurren todos y cada uno de los requisitos exigidos en la jurisprudencia antes comentada [relativa a la inaplicación de las normas que regulan la cobertura del Plan Obligatorio de Salud]. En efecto, conforme a lo indicado por el médico tratante CARLOS CASTRO, existe otro procedimiento que se le puede realizar [al peticionario], esto es, un TAC de abdomen y tórax, además no se indica por el citado galeno que el procedimiento PET CT, requerido por el accionante es de urgencia ni de carácter vital.”

En tal sentido, agregó el juzgador que si así lo desea, el accionante debe dirigirse a la Superintendencia Nacional de Salud para que dicha entidad resuelva administrativamente las diferencias que se presentan en el caso de la referencia.

2.- Una vez notificado del fallo, el ciudadano impugnó la decisión proferida por el Juzgado Cuarto Civil Municipal de Bogotá.

3- En segunda instancia, el expediente correspondió por reparto al Juzgado Treinta y Seis

Civil del Circuito de Bogotá, autoridad que en sentencia del siete (7) de septiembre de dos mil siete (2007) confirmó el fallo de primera instancia. Como fundamento de su decisión señaló en primer término el ad quem que, si el afiliado al régimen contributivo o subsidiado debe financiar directamente los servicios que requiera cuando éstos se encuentren excluidos del P. O. S., con mayor razón debe hacerlo el contratante del servicio de medicina prepagada, quien se presume cuenta con los recursos necesarios para acceder a los beneficios que tales compañías garantizan por encima de los mínimos contenidos en el Plan Obligatorio de Salud.

De otro lado, concluyó el juez de segunda instancia que, en el caso sub judice, la pretensión del accionante no estaba llamada a prosperar por cuanto, el conflicto planteado “se contrae a una diferencia puramente contractual entre el usuario de un servicio prepagado y la empresa de medicina con la cual contrató, en primer lugar, descartando de plano la posibilidad para el juez constitucional de inmiscuirse en tal relación jurídica. Para ello el accionante cuenta con los mecanismos ordinarios de controversia. En segundo lugar, por cuanto, en efecto, existe un procedimiento alternativo que si ofrece su contrato de medicina y finalmente por cuanto en aplicación de lo reiteradamente expuesto por la Corte Constitucional se ha dicho que para que le Estado asuma y subsidie el costo de un tratamiento o bien autorice el servicio con cargo al Fosyga, debe acreditarse que el usuario carece de recursos o no tiene capacidad de pago para sufragar los costos del tratamiento”.

## VI. CONSIDERACIONES Y FUNDAMENTOS

### 1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar la decisión proferida dentro de la acción de tutela de la referencia de conformidad con lo dispuesto en los artículos 86 y 241, numeral 9o., de la Constitución Política y en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

### 2. Problema jurídico

Corresponde a la Sala establecer si al negarse a autorizar la práctica del examen de diagnóstico denominado PET CT en el marco del contrato de medicina prepagada, COLSANITAS S. A. vulneró el derecho fundamental a la salud y particularmente el derecho al diagnóstico del señor Fernando Díaz del Castillo Hernández.

Así, para dar solución al problema jurídico es preciso reiterar la doctrina constitucional en relación con (i) la integración de los contratos de medicina prepagada al Sistema General de Seguridad Social en Salud como desarrollo de los principios de integralidad y progresividad, (ii) la procedencia de la acción de tutela como medio de defensa ante las vulneraciones de derechos fundamentales que tengan lugar con ocasión de contratos de medicina prepagada, (iii) la interpretación de los contratos de medicina prepagada a la luz de las normas constitucionales y (iv) el derecho al diagnóstico. Consideraciones con fundamento en las cuales, (v) se abordará el estudio del caso concreto.

2.1. Los contratos de medicina prepagada y su integración al sistema general de seguridad social en salud. Principios de integralidad y progresividad.

Según el artículo 49 de la Constitución Nacional, la salud tiene una doble connotación -derecho constitucional fundamental y servicio público<sup>3</sup>-. En tal sentido, todas las personas deben poder acceder al servicio de salud y al Estado le corresponde organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación de conformidad con los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad<sup>4</sup>.

Los principios antes mencionados son complementados con formulaciones de igual valor que buscan orientar la organización y funcionamiento del Sistema de Seguridad Social Integral creado por la ley 100 de 1993 y regulado en sucesivas reformas, sistema en el marco del cual se pretende garantizar la salud en su doble dimensión.<sup>5</sup> Entre los mencionados principios, incluye el artículo segundo de la ley la integralidad, la unidad y la participación.

A la luz del mandato de universalidad, el sistema debe garantizar la protección de todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. A su turno, la integralidad -en lo relativo a la salud- pretende la cobertura de aquellos servicios necesarios para la atención de todas las contingencias que afecten la salud de la población en las fases de educación, información y fomento de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías, en condiciones de cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.

En estos términos, la adopción progresiva de medidas tendentes a la consecución efectiva de la universalidad y la integralidad en materia de atención en salud constituye uno de los principales propósitos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como conjunto de

instituciones, reglas y procedimientos dirigidos a garantizar la salud en su faceta de derecho fundamental y servicio público de carácter esencial.

Así, dentro del conjunto de medidas dirigidas a dar cumplimiento a los principios en comento y particularmente con la intención de dar plena vigencia al principio de universalidad, el legislador previó la obligatoria pertenencia de todas las personas al sistema de seguridad social en salud<sup>7</sup>, mediante la inserción en una de dos categorías<sup>8</sup>: la de los afiliados o la de los vinculados. Los primeros pueden hacer parte del régimen contributivo -al cual pertenecen quienes cuenten con un vínculo laboral en el sector público o privado, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago y sus familias- o del régimen subsidiado -mediante el cual se afilia a la población sin posibilidades económicas para acceder al régimen contributivo-. En cuanto a los participantes vinculados, se trata de personas que debido a su precaria situación económica y mientras logran ingresar al régimen subsidiado, reciben los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y privadas que para tal efecto tengan contrato con el Estado.

Ahora bien, con el objeto de desarrollar en forma progresiva la integralidad y en consecuencia, proveer la atención adecuada de todas aquellas contingencias que puedan afectar la salud de los ciudadanos y ciudadanas, la ley contempló la creación de cinco instrumentos que definen los servicios y procedimientos que en materia de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las patologías, serán proporcionados a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS-: (i) el Plan de Atención Básica (PAB), (ii) el Plan Obligatorio de Salud (POS), (iii) el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), (iv) la atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos y (v) la atención inicial de urgencias. De acuerdo con la ley, el conjunto de prestaciones incluidas en estos planes será ampliado periódicamente atendiendo a las necesidades y la disponibilidad de recursos, en cumplimiento de la obligación de desarrollo progresivo que en materia de seguridad social vincula al legislador.

Sin embargo, producto de la definición de los instrumentos antes enlistados, existen ciertas exclusiones en materia de procedimientos, medicamentos y otra serie de servicios que corresponde financiar directamente a los usuarios del sistema. Para atenuar tales limitaciones el legislador previó la creación de los denominados Planes Adicionales de Salud, definidos por el artículo 18 del decreto 806 de 1998 en los siguientes términos:

“Se entiende por Plan de Atención Adicional aquel conjunto de beneficios opcionales y voluntarios, financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria (...)”

Se trata entonces, de instrumentos adicionales a los cinco mencionados líneas atrás, adquiridos por los usuarios del sistema que cuenten con capacidad económica -pertenecientes por supuesto al régimen contributivo- con el objeto de ampliar la cobertura de servicios necesarios para la atención de las contingencias que puedan afectar su salud.

Dentro de esta categoría se encuentran, a la luz del artículo 19 del decreto 806 de 1998: (i) los planes de atención complementaria, (ii) los planes de medicina prepagada y (iii) las pólizas de salud.

En cuanto a la medicina prepagada, ésta es definida por el artículo 1º del decreto 1486 de 1994 como “[e]l sistema organizado y establecido por entidades autorizadas (...) para la gestión de la atención médica, y la prestación de los servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”.

En estos términos, los contratos de medicina prepagada tienen por propósito extender la cobertura en materia de salud no sólo en términos cuantitativos sino también cualitativos, objetivo que guarda directa relación con los principios de integralidad y progresividad.

Ahora bien, como se advirtió anteriormente, los Planes Adicionales de Salud son instrumentos que permiten -gracias a la capacidad económica de quienes los adquieren- eliminar los obstáculos que para el goce del derecho a la salud generan las limitaciones y exclusiones del conjunto de servicios previstos como prestaciones al interior del SGSSS. Con lo cual, sigue latente la existencia de tales obstáculos para las personas que no cuentan con recursos económicos suficientes para hacerse a estos planes adicionales. A este respecto, la jurisprudencia constitucional ha reconocido en innumerables pronunciamientos que la carencia de recursos económicos no puede conducir al desconocimiento del derecho a la salud en los casos de sujetos que requieran servicios excluidos de la cobertura legal del SGSSS, razón por la cual, ante tales hipótesis, el juez de amparo está llamado a inaplicar las disposiciones que limitan tal conjunto de servicios para proveer la protección efectiva del derecho fundamental a la salud que en cada caso se requiera.

2.2 La interpretación de los contratos de medicina prepagada. Prevalencia de los derechos fundamentales y aplicación del principio constitucional de buena fe. Reiteración jurisprudencial.

Como antes se advirtió, los contratos celebrados por usuarios pertenecientes al régimen contributivo de seguridad social en salud y compañías de medicina prepagada, son en primer término, manifestaciones de la autonomía privada, en cuanto es la libertad económica -de la que unos y otras son titulares- la que conduce a los beneficiarios de los mismos a adquirir un plan de beneficios adicional, mediante el pago de recursos que superan las contribuciones que de conformidad con la ley son exigibles.

Por tal razón, la interpretación de estos negocios jurídicos que deba llevarse a cabo con la intención de resolver controversias relativas a su cumplimiento debe tener como fuente las estipulaciones de las partes -cláusulas que son autorizadas previamente por la autoridad competente- y, en forma supletiva, debe observar los cánones previstos por el Código Civil y el Código de Comercio.

Sin embargo, no puede perderse de vista que, como antes se señaló, el objeto de estos contratos consiste en garantizar en forma efectiva el derecho a la salud y en consecuencia, la celebración, ejecución e interpretación de dichos instrumentos debe consultar en todos los casos las normas superiores y los instrumentos internacionales que establecen el alcance del derecho a la salud, por tal razón, previsiones tales como la continuidad del servicio, el consentimiento informado de los pacientes y los principios de disponibilidad, no discriminación, acceso a la información, aceptabilidad y calidad son exigibles en el marco de los planes de medicina prepagada.<sup>9</sup>

“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)”.<sup>10</sup>

A este respecto, la Corte Constitucional ha reconocido en diferentes pronunciamientos que, tal labor de armonización entre los postulados derivados de la libre iniciativa privada y la protección del derecho a la salud, puede obtenerse gracias a la aplicación del principio constitucional de buena fe como mandato que cobra vital importancia en el desarrollo de las relaciones contractuales entre particulares (artículo 83 C.N.).

De conformidad con este principio, desde la celebración del contrato y durante su ejecución se exige de las partes un comportamiento que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de lo pactado y la satisfacción de las prestaciones acordadas. Todo esto, en el marco del respeto por los derechos ajenos y la imposibilidad de abusar de los propios.<sup>11</sup>

La aplicación del principio de buena fe cobra vital importancia si se tiene en cuenta que, los contratos de medicina prepagada, además de ser bilaterales, onerosos, aleatorios, principales, consensuales y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil, son contratos de adhesión, esto es, acuerdos cuyos términos son impuestos a una de las partes sin que ésta tenga la posibilidad de discutir las condiciones bajo las cuales se obliga. Por tal razón, en la ejecución de los mismos debe darse particular prevalencia al deber contractual de cumplir en forma exacta con las prestaciones pactadas.

Ahora bien, en relación con la extensión de los servicios cubiertos por los planes de medicina prepagada y su interpretación a la luz del principio de buena fe, ha señalado la jurisprudencia constitucional que:

“[L]a concepción del contrato de medicina prepagada radica en que su celebración se hace para la cobertura integral de servicios de salud, por lo que única y exclusivamente se entienden excluidos del contrato los padecimientos del usuario que previa, clara y taxativamente se hayan señalado en las cláusulas del mismo<sup>12</sup>, sin que sea válido que con posterioridad la entidad pueda ampliar, unilateralmente, el catálogo de exclusiones.”<sup>13</sup> (negrita fuera de texto).

En estos términos, el señalamiento claro y expreso de aquellas patologías o servicios que no serán cubiertos por la compañía de medicina prepagada es indispensable, de cara a la garantía de la seguridad jurídica y la buena fe, pues sólo de esta forma es posible para el beneficiario del plan, conocer con antelación los términos concretos en que se desarrollará la

relación contractual, sin que más adelante pueda ser sorprendido en razón de nuevas exclusiones diferentes a las inicialmente previstas. En consecuencia, todas aquellas prestaciones que no hayan sido válidamente excluidas deberán ser asumidas por quien ostenta la posición más fuerte en la relación contractual, esto es, la empresa que ofrece el plan de medicina prepagada.<sup>14</sup>

Al respecto señala el artículo 2º del decreto 1222 de 1994 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada”:

“EXCLUSIONES. Las exclusiones deberán estar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las patologías, los procedimientos, exámenes diagnósticos específicos que se excluyan y el tiempo durante el cual no estén cubiertos, por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones no se consagran expresamente no podrán oponerse al usuario.

No se podrán acordar exclusiones sobre malformaciones, afecciones o enfermedades que se puedan derivar de factores de riesgo propios de éstas.”

La anterior consideración ha sido reiterada en múltiples ocasiones<sup>15</sup>, en especial con relación al régimen de preexistencias que quedan excluidas del cubrimiento de los contratos de medicina prepagada<sup>16</sup>. Al respecto ha considerado la Corte que, sólo pueden ser calificadas como tales aquellas que hayan sido claramente señaladas en el texto del contrato o en sus anexos, con fundamento en los exámenes médicos practicados al momento de celebración del contrato<sup>17</sup>.

2.3 La procedencia de la acción de tutela como mecanismo de defensa ante las vulneraciones de derechos fundamentales que tengan lugar con ocasión de los contratos de medicina prepagada. Reiteración jurisprudencial.

A partir del análisis antes planteado, es fácil comprender las razones que han permitido a esta Corporación admitir la procedencia de la acción de tutela como mecanismo de protección de los derechos fundamentales que puedan verse lesionados en el marco de un contrato de medicina prepagada.

En primer término, debe recalcar que el amparo constitucional es un medio de defensa excepcional en los casos de controversias ocasionadas en desarrollo de relaciones contractuales, por cuanto, se parte de la base de que, por regla general, tales diferencias están relacionadas con la esfera patrimonial de los individuos más que con el goce de sus derechos fundamentales, razón por la cual, se impone la aplicación del principio de subsidiariedad en virtud del cual, se desplaza la competencia en relación con estos asuntos, del juez de tutela hacia el juez ordinario.

No obstante, a propósito de las controversias ocasionadas en el marco de contratos de medicina prepagada, la admisibilidad del amparo bien sea de forma transitoria o definitiva, tiene diversos fundamentos.

El primero y más importante de ellos es aquel relacionado con la relevancia constitucional de los bienes jurídicos que son objeto de estos contratos, esto es, los derechos constitucionales fundamentales a la salud, el diagnóstico, la integridad física, la vida, entre otros.

De otro lado, la procedencia de la acción en estos casos está determinada por la previsión establecida en el artículo 42 del decreto 2591 de 1991, conforme a la cual, pueden ser sujetos pasivos de la misma, los particulares encargados de la prestación del servicio público de salud, categoría dentro de la cual, como se expuso líneas atrás, se incluyen las compañías de medicina prepagada.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que los medios de defensa ordinarios no resultan suficientemente idóneos cuando se trata de la protección de derechos fundamentales como los que están en juego en circunstancias de este tipo<sup>19</sup>. “En efecto, se tiene que las acciones ordinarias, además de ser inútiles y tardías frente a la necesidad apremiante de los afectados de recibir atención médica, se dirigen prioritariamente a la recuperación económica del servicio, por lo que las personas que requieren de un servicio concreto de salud, no cuentan con otro mecanismo diferente a la acción de tutela para lograr el amparo de pretensiones de esta índole”<sup>20</sup>

En síntesis, la acción de tutela constituye por regla general el mecanismo idóneo para conjurar las vulneraciones o amenazas del derecho a la salud que puedan tener lugar con ocasión de la ejecución de un contrato de medicina prepagada, pues a pese a tratarse de un negocio jurídico cuya celebración emana de la voluntad de las partes contratantes y en

consecuencia podría considerarse ajena a la esfera de competencia del juez constitucional, intereses constitucionales de mayor entidad activan dicha competencia en orden a garantizar la protección efectiva de los derechos fundamentales que puedan resultar afectados, para lo cual no es necesario distinguir si tal lesión se dirige contra una persona que hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud en calidad de afiliado, vinculado o beneficiario de un plan adicional de salud –como en el caso de quienes celebran un contrato de medicina prepagada–.

2. 4 La protección del derecho constitucional fundamental a la salud incluye el derecho al diagnóstico. Reiteración jurisprudencial.

En reiteradas ocasiones la Corte Constitucional ha afirmado que el derecho al diagnóstico forma parte integral del derecho constitucional fundamental a la salud<sup>21</sup>. A este respecto estima la Sala pertinente recordar la definición contenida en el literal 10 del artículo 4º del Decreto 1938 de 1994 de conformidad con la cual, debe entenderse por diagnóstico:

“todas aquellas actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a demostrar la presencia de la enfermedad, su estado de evolución, sus complicaciones y consecuencias presentes y futuras para el paciente y la comunidad”.

En ese orden, negar la realización de un examen diagnóstico significa privar a las personas de su derecho a que se detecte con mayor precisión en qué consiste la enfermedad que las aqueja y cómo se puede tratar su padecimiento; e implica, en tal sentido, vulnerar su derecho fundamental a vivir su vida en condiciones de calidad y de dignidad.

La vulneración de los derechos constitucionales fundamentales por la falta de continuidad o el retraso en la prestación del servicio de salud o por la negación de exámenes diagnósticos no ocurre sólo “cuando se demuestre que sin ellos el paciente puede morir, sino [también] cuando se suspenden injustificadamente procedimientos que son necesarios para recuperar el restablecimiento de la salud perdida o cuando se niegan diagnósticos que revelarían o descartarían una anomalía en la salud”<sup>22</sup>.

Por el motivo expuesto, ha sido la Corte enfática en rechazar argumentos encaminados a sostener que un examen de diagnóstico formulado por el médico tratante no se puede efectuar por cuanto no está incluido en el Plan Obligatorio de Salud<sup>23</sup>, pues, es el médico

tratante quien, de conformidad con las circunstancias particulares de cada paciente, define cuál es el tratamiento que ha de seguirse o el examen diagnóstico que debe efectuarse de modo que “la entidad prestadora de salud no puede negarse a practicarlo sobre la base de aspectos económicos, administrativos o de conveniencia institucional<sup>24</sup>.” En tales hipótesis, la autoridad judicial en sede de tutela está llamada a inaplicar las normas legales y reglamentarias que definen el conjunto de servicios que conforman el POS, siempre que se encuentre acreditada la incapacidad económica del paciente para asumir en forma directa el costo del examen. Ahora bien, cuando el ciudadano o ciudadana que requiere la prueba cuente con un plan adicional de salud, será la empresa contratante quien asuma el costo de la misma, salvo que ésta se encuentre expresamente excluida a la luz del texto del contrato o de sus anexos.

En tal sentido, la Sala considera pertinente resaltar que, la existencia de una orden médica que prescriba la práctica de un determinado examen de diagnóstico, debe entenderse como indicio suficiente de la necesidad de tal prueba para clarificar o establecer el dictamen con fundamento en el cual se dispondrá por parte del galeno el tratamiento a seguir para obtener el reestablecimiento de la salud del/de la paciente o para descartar la existencia de cualquier anomalía en su estado de salud o, en otros términos, para garantizar el derecho constitucional fundamental a la salud del/ de la mismo(a). Ante lo cual, corresponde al juez de amparo brindar la protección invocada, tanto en los casos en los que se trate de pruebas excluidas de la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, cuyo costo correspondería en principio al afiliado, pues como antes se anotó, la incapacidad económica para asumir dicho costo no constituye en ningún caso una razón que justifique la vulneración del derecho a la salud. Como en aquellos en los cuales, la prueba requerida haga parte de planes adicionales de salud financiados directamente por los ciudadanos y ciudadanas.

### 3. Caso concreto

En el asunto que ahora ocupa la atención de la Sala, Fernando Díaz del Castillo Hernández solicita la protección de sus derechos fundamentales, los cuales estima han sido vulnerados por la compañía de medicina prepagada COLSANITAS S. A. al negarle la autorización del examen PET CT prescrito por un médico adscrito a la entidad demandada, prueba que, a juicio del peticionario, se encuentra incluida en el plan integral de medicina prepagada del cual es beneficiario.

COLSANITAS S. A. señala que de acuerdo con la cláusula segunda, numeral primero del contrato de medicina prepagada celebrado con el peticionario, todo aquello que no haya sido incluido expresamente en el contrato no genera obligación alguna para la compañía, razón por la cual, el mencionado examen, al no estar previsto en el contrato, no puede ser cubierto por el plan de medicina prepagada.

En estos términos, para la Sala es claro que la controversia que da origen a la acción de la referencia tiene por fundamento una diferencia en relación con el alcance de las estipulaciones contractuales atinentes a la cobertura del plan integral de medicina prepagada pactado entre COLSANITAS S.A. y el peticionario. Así, aunque a primera vista y como antes se señaló, los conflictos originados en relaciones negociales corresponden al conocimiento del juez ordinario, en este caso, se advierte con facilidad la trascendencia constitucional que reviste la solución de la diferencia puesta en conocimiento de la Sala, por cuanto, de su adecuada y oportuna decisión depende en gran medida la garantía del derecho a la salud y particularmente, del derecho al diagnóstico del accionante. Los cuales, correrían grave peligro en caso de librar la protección solicitada al trámite de un proceso ordinario. Razón por la cual, el amparo solicitado por el señor Díaz del Castillo Hernández resulta procedente.

Ahora bien, en relación con la prosperidad de la acción, la Sala considera que, con fundamento en una lectura detenida de las pruebas obrantes en el expediente es indudable que (i) el examen denominado PET CT es necesario para establecer con claridad el estado de salud del accionante, habida cuenta de la enfermedad que lo aquejo en años anteriores, (ii) no es conveniente reemplazar el examen PET CT por un TAC de abdomen y tórax toda vez que el nivel de eficacia de una y otra pruebas es evidentemente disímil a la luz del criterio médico puesto en conocimiento de la Sala y (iii) dada la pertenencia del examen PET CT a la categoría de la llamada "Medicina Nuclear" es indudable que COLSANITAS S. A. estaba en la obligación de otorgar la respectiva autorización, con fundamento en la cláusula tercera numeral segundo del contrato de medicina prepagada, en virtud de la cual:

"A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL SÉPTIMO MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de afiliación a cada usuario en

particular, COLSANITAS S. A. prestará los siguientes servicios a usuarios que así lo requieran, previa prescripción de un profesional adscrito a COLSANITAS S. A. y mediando autorización de la misma , en las entidades adscritas para tal efecto.

(...)

2.3 Medios complementarios de diagnóstico: Ecocardiogramas, Pruebas de esfuerzo, Holter, Doppler, Encefalogramas, Electroencefalogramas, Ventriculografías, Arteriografías, Exploraciones eléctricas, Endoscopias y Pruebas Funcionales de Riñón e Hígado, Artografías, Mamografías, Escanografías, Tomografías, Urografías, Ecografías, Medicina Nuclear, Resonancia Magnética Nuclear (...)" (énfasis de la Sala).

Así, al haber superado ampliamente el período fijado por la cláusula (el accionante lleva cerca de 22 años de vinculo contractual ininterrumpido) y al haber allegado la orden suscrita por dos (02) médicos adscritos a la empresa de medicina prepagada, lo cual acredita la necesidad de la prueba para garantizar el derecho al diagnóstico del señor Díaz del Castillo Hernández, la compañía demandada estaba obligada a autorizar el referido examen.

De otro lado, cabe destacar que aún cuando no existiera en el contrato disposición alguna que permitiera tener por incluida la prueba solicitada dentro de la cobertura del plan de medicina prepagada, el hecho de no encontrarse tal examen expresamente excluido, aunado a la denominación del plan como "integral" bastaría para concluir la ineficacia de la cláusula que sirvió de fundamento a la empresa accionada para negar la prestación requerida.

En tales términos, la Sala considera que COLSANITAS S.A. no sólo vulneró el derecho fundamental al diagnóstico del actor, en cuanto omitió la autorización de un examen decisivo en el proceso de control de la grave patología sufrida por el mismo, lo cual puede generar serias implicaciones para la salud, la integridad física e incluso la vida del señor Díaz del Castillo Hernández, sino que, adicionalmente, incurrió en una conducta reprochable a la luz del principio de buena fe que vincula a los particulares en desarrollo de las obligaciones por ellos contraídas. Así mismo, obtuvo un provecho ilegítimo de la posición privilegiada que ostenta en este tipo de relaciones, faltando a sus deberes constitucionales en relación con la garantía de la salud como derecho y servicio público, mandatos éstos que le han sido confiados en su rol de entidad integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resulta igualmente infortunada la solicitud de COLSANITAS S.A. en relación con la vinculación de la EPS a la que se encuentra afiliado el accionante para, con fundamento en la jurisprudencia constitucional en la materia, proceder a inaplicar la normatividad relativa a la cobertura del Plan Obligatorio de Salud –por cuanto el PET CT no hace parte de los exámenes de diagnósticos incluidos en éste- y en tal sentido, ordenar la autorización de tal prueba, concediendo a la E. P. S. la posibilidad de ejercer el respectivo recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía. Tal proceder es inapropiado en cuanto, como se señaló en la consideración 2.1 de esta sentencia, en este caso específico el actor ha hecho uso de uno de los instrumentos previstos en el marco del SGSSS para ampliar el conjunto de beneficios a los que tiene derecho, trasladando tal carga a un particular determinado a favor del cual lleva más de veinte años efectuando en forma oportuna los aportes pactados. Así, al encontrarse la mencionada prueba dentro de la cobertura del plan adicional de salud del cual es beneficiario el accionante, no hay lugar a la inaplicar el POS y en consecuencia, tampoco es posible conceder la posibilidad de recobro ante el FOSYGA. Es más, en caso de que el señor Díaz del Castillo Hernández deba asumir directamente el costo del examen, pese a ser obligación de la compañía de medicina prepagada hacerse cargo del mismo, el peticionario se encontrará habilitado para reclamar la suma cancelada ante dicha entidad.

Con fundamento en lo anterior, esta Sala concederá el amparo solicitado por el señor Fernando Díaz del Castillo Hernández, revocará las sentencias proferidas en el proceso de la referencia y su lugar, ordenará a la accionada que en el plazo improrrogable de cuarenta y ocho (48) horas autorice y programe en forma efectiva, la práctica del examen PET CT a favor del peticionario.

## VII. DECISION

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,

## RESUELVE

Primero.- REVOCAR las sentencias proferidas en el proceso de la referencia por el Juzgado Cuarto Civil Municipal y el Juzgado Treinta y Seis Civil del Circuito de Bogotá y, en consecuencia, CONCEDER el amparo solicitado por el ciudadano Fernando Díaz del Castillo Hernández.

Segundo.- ORDENAR a la Compañía de Medicina Prepagada COLSANITAS S.A. que, dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas, contadas a partir de la notificación de esta sentencia, autorice y programe la práctica del examen PET CT (tomografía de emisión de positrones combinada con tomografía computarizada) al señor Fernando Díaz del Castillo Hernández, así como las demás pruebas de diagnóstico que en adelante se consideren necesarias de conformidad con las prescripciones del médico tratante adscrito a tal entidad.

Tercero.- ADVERTIR que, al tenor de las obligaciones derivadas del contrato de medicina prepagada del cual es beneficiario el señor Fernando Díaz del Castillo Hernández, la Compañía de Medicina Prepagada COLSANITAS S.A. se encuentra obligada a autorizar la práctica del examen PET CT (tomografía de emisión de positrones combinada con tomografía computarizada) con la regularidad que se requiera, de acuerdo con el criterio del médico tratante adscrito a dicha entidad.

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.

Magistrado Ponente

HECTOR RIVEROS SERRATO

Conjuez

MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO

Secretaria General

1 “Delimitación de Servicios. COLSANITAS S. A., sólo se obliga a contratar y a cubrir el valor de los servicios que se determinan en el presente contrato, cuando el usuario los requiera de acuerdo con los términos y condiciones aquí pactadas. Cualesquiera otros servicios diferentes no generan obligación alguna para COLSANITAS S.A., salvo que así se acuerde expresamente mediante anexo al presente contrato.”

2 “CLÁUSULA TERCERA.- OBLIGACIONES DE COLSANITAS S.A.:

2.A PARTIR DEL PRIMER DÍA DEL SÉPTIMO MES DE VIGENCIA ININTERRUMPIDA DEL PRESENTE

CONTRATO, individualmente considerada respecto de la fecha de afiliación a cada usuario en particular, COLSANITAS S. A. prestará los siguientes servicios a usuarios que así lo requieran, previa prescripción de un profesional adscrito a COLSANITAS S. A. y mediando autorización de la misma , en las entidades adscritas para tal efecto.

(...)

2.3 Medios complementarios de diagnóstico: Ecocardiogramas, Pruebas de esfuerzo, Holter, Doppler, Encefalogramas, Electroencefalogramas, Ventriculografías, Arteriografías, Exploraciones eléctricas, Endoscopias y Pruebas Funcionales de Riñón e Hígado, Artografías, Mamografías, Escanografías, Tomografías, Urografías, Ecografías, Medicina Nuclear, Resonancia Magnética Nuclear (...)"

3 En relación con el derecho a la salud, esta Corporación ha señalado que este es un derecho asistencial, porque requiere para su efectividad de normas presupuestales, procedimentales y de organización que hagan viable la eficacia del servicio público. Ver sentencia T-544 de 2002 y T-304 de 2005, entre otras.

4 Al respecto, consultar sentencias C-577 de 1995 y C-1204 de 2000.

5 En tal sentido señala el preámbulo de la ley 100 de 1993: "La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad."

6 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Parte II, Artículo 2: "Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos".  
Convención Americana sobre Derechos Humanos, Artículo 26: "Los Estados partes se

comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.”

7 Artículo 153 Numeral 2o de la ley 100 de 1993.

8 Artículo 157 de la ley 100 de 1993.

9 Cfr. Sentencias T-724 de 2005, T- 699 de 2004, T- 660 y T-662 de 2006.

10 Sentencia SU - 039 de 1998.

11 Cfr. Sentencia T-125 de 1994.

12 [Nota propia del texto citado] Cfr. Corte Constitucional, Sentencias T-699 de 2004, T-822 de 1999.

13 Sentencia T-662 de 2006.

14 Cfr. Sentencia T-181 de 2004.

15 Cfr. Sentencias T-290 de 2006, T-533 de 1996, SU 039 de 1998, T-104 de 1998 y T-105 de 1998

16 Cfr. Sentencias T-181 de 2004, T-171 de 2003, T-365 de 2002, T-909 de 2000, T-471 de 2000.

17 En relación con el examen médico de ingreso señala el artículo 21 del decreto 806 de 1998: “EXAMEN DE INGRESO. Para efectos de tomar un PAS la entidad oferente podrá practicar un examen de ingreso, previo consentimiento del contratista, con el objeto establecer en forma media el estado de salud de un individuo, para encauzar las políticas de prevención y promoción de la salud que tenga la institución respectiva y de excluir algunas patologías existentes.

PARAGRAFO. las entidades habilitadas para ofrecer PAS no podrán incluir como preexistencias al tiempo de la renovación del contrato, enfermedades, malformaciones o afecciones diferentes a las que se padecían antes de la fecha de celebración del contrato inicial, de conformidad con el Decreto 1222 de 1994. “

18 Sentencia T-662 de 2006. En el mismo sentido, cfr. Sentencia T-822 de 1999.

19 Sentencia T-662 de 2006. En el mismo sentido, cfr. Sentencia T-307 de 1997.

20 Cfr. Sentencia T-533 de 1996.

21 Al respecto, en la sentencia T-862 de 1999, se señaló “El aplazamiento injustificado de una solución definitiva a un problema de salud, que supone la extensión de una afección o un malestar, vulnera el principio del respeto a la dignidad humana y el derecho fundamental a la vida, el cual no puede entenderse como una existencia sin dignidad. En esta medida, la demora injustificada en el diagnóstico y, por consiguiente, en la iniciación de un posible tratamiento que logre el restablecimiento de la salud perdida o su consecución, atenta contra [el derecho a la salud].” Esta consideración ha sido reiterada, entre otras, en las sentencias: T-148 de 2007; T-499 de 2007; T-500 de 2007; T-887 de 2006; T-752 de 2006; T-555 de 2006; T-762 de 2005; T-1014 de 2005; T-817 de 2004.

22 Ibíd.

23 Ibíd.

24 Corte Constitucional. Sentencia T-366 de 1999.