

Sentencia T-876/14

DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL AUTONOMO-Reiteración de jurisprudencia

FUNDAMENTALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD-Principios rectores como eficiencia, universalidad y solidaridad

FUNDAMENTALIDAD DEL DERECHO A LA SALUD-Principios rectores como oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad, continuidad

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD EN EL SERVICIO DE SALUD-Prestación ininterrumpida, constante y permanente

Conlleva la ejecución de los procedimientos de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea aceptable su suspensión sin una justificación constitucional pertinente.

Respecto de la procedibilidad de la tutela para debatir controversias derivadas de contratos de medicina prepagada, este Tribunal ha considerado que, como quiera que su finalidad es ofrecer al afiliado un plan adicional de atención en salud, el cual, si bien hace parte del sistema integrado de seguridad social en salud, es opcional y se rige por un esquema de contratación particular, todo litigio que surja en torno a dicha temática deberá ser adelantado de conformidad con las normas civiles y comerciales vigentes.

ACCION DE TUTELA PARA RESOLVER CONTROVERSIAS DERIVADAS DE LOS CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA-Procedencia excepcional

La jurisprudencia constitucional ha determinado que las controversias suscitadas en relación con este plan complementario, pueden ser reclamadas excepcionalmente por conducto de la acción de tutela cuando se cumplan las siguientes condiciones: (i) Se trata de personas jurídicas privadas que participan en la prestación del servicio público de salud; (ii) los usuarios de las empresas que prestan los servicios adicionales de salud se encuentran en estado de indefensión frente a éstas, toda vez que dichas empresas tienen

bajo su control el manejo de todos los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales ofrecidos 'hasta el 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 y, adicionalmente, tratándose de planes de medicina prepagada e incluso de pólizas de salud, los contratos son considerados de adhesión, lo que significa que las cláusulas son redactadas por las empresas y poco son discutidas con el usuario-contratante, situación que lo convierte en la parte débil de la relación negocial; y (iii) la vía ordinaria no es idónea ni eficaz para la resolución de un conflicto que involucra la violación o amenaza de derechos fundamentales como la vida y la dignidad de las personas, máxime cuando se acredita la existencia de un perjuicio irremediable, ya que la decisión resultaría tardía frente a la impostergable prestación del servicio de salud.

ACCION DE TUTELA PARA RESOLVER CONTROVERSIAS DERIVADAS DE LOS CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA-Improcedencia por cuanto no se ha obstaculizado el acceso a los servicios de salud

Referencia: expediente T-4457157

Acción de tutela presentada por Stella Londoño de Chorny contra Colmédica Medicina Prepagada, Secretaría de Salud Distrital del Bogotá y Aliansalud EPS.

Magistrado Ponente:

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Bogotá D.C., dieciocho (18) de noviembre de dos mil catorce (2014).

La Sala Quinta de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los Magistrados Gloria Stella Ortiz Delgado, Jorge Ignacio Pretelt Chaljub y Jorge Iván Palacio Palacio, quien la preside, en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, profiere la siguiente

SENTENCIA:

Dentro del proceso de revisión del fallo de instancia única dictado por el Juzgado 65 Civil

Municipal de Bogotá, en el trámite de la acción de tutela interpuesta por Stella Londoño de Chorny contra Colmédica Medicina Prepagada y otros.

I. ANTECEDENTES

1. Hechos

1.1. La señora Stella Londoño de Chorny interpuso acción de tutela en contra de Colmédica Medicina Prepagada, al estimar vulnerados sus derechos fundamentales a la salud, a la vida en condiciones dignas y a la seguridad social, por cuanto dicha entidad se niega a continuar prestando los servicios de salud contratados y que venían siendo suministrados desde hace más de 10 años.

1.2. Comentó que mediante contrato núm. 011101329 de 2003, su hijo Mauricio Chorny Londoño adquirió los servicios de medicina prepagada, vinculándola como su beneficiaria.

1.3. En razón a algunos atrasos presentados en el pago, la entidad accionada les comunicó la decisión de cancelar definitivamente y de manera unilateral el contrato y, por ende, cesar la prestación de los servicios de salud, sin tener en cuenta el tratamiento médico que de forma permanente y vitalicia le debe ser prestado a la accionante.

1.4. Ante la cancelación del referido acuerdo, el 10 de marzo de 2014 su hijo presentó un escrito a Colmédica solicitando la reactivación del servicio; sin embargo, mediante comunicación de 19 de marzo de 2014, la entidad informó que no era posible proseguir con la solicitud de reactivación “en cumplimiento de las políticas establecidas para obtener este beneficio comercial no contractual”.

1.5. Adujo que tiene 80 años, que sufre de dolores en las articulaciones, tiene problemas de movilidad, así como de presión arterial alta, entre otras afecciones que requieren tratamiento continuo. También señaló que depende económicamente de su hijo.

1.6. Refirió que los tratamientos médicos que requiere son de carácter paliativo tendientes a aliviar el dolor que continuamente presenta. Aseveró que con la decisión “unilateral” y “arbitraria” de dar por terminado el contrato de Medicina Prepagada, la entidad tutelada le ha impedido continuar con los tratamientos médicos que le permiten conservar su salud.

1.7. En consecuencia solicitó que se ordenara a la accionada reactivar el contrato de medicina Prepagada y restablecerle los servicios médicos requeridos.

2. Contestación de las entidades accionadas

2.1. Secretaría Distrital de Salud

En escrito del 14 de mayo de 2014, la Secretaría Distrital de Salud informó que de acuerdo con la verificación efectuada en las bases de datos correspondientes, la demandante aparece como “suspendida” en la EPS Aliansalud a abril del año en curso. Así mismo, indicó que la accionante no figura inscrita en el régimen subsidiado.

2.2. Colmédica Medicina Prepagada

En respuesta de 16 de mayo de la presente anualidad, Colmédica Medicina Prepagada manifestó que revisados sus archivos, constató que la señora Stella Londoño de Chorny estuvo afiliada a esa entidad en el plan de Humana Tradicional.

Anotó que el titular del contrato incurrió en mora, debido a que el último pago realizado fue el 17 de abril de 2013, el cual comprendía el trimestre entre el 18 de marzo y el 17 de junio de ese año. Por ello, dio aplicación a la cláusula décimo cuarta[1] del contrato y procedió a cancelarlo por mora el 17 de octubre de 2013.

De otro lado, indicó que atendiendo el derecho que le asiste de aceptar o rechazar una solicitud de reactivar afiliación, optó por esta última, tal como le fue informado al contratante mediante comunicación de 19 de marzo de 2014. Además, advirtió que las controversias surgidas de un contrato no pueden ventilarse a través de la acción de tutela, ya que cuenta con otros medios de defensa judicial.

Finalmente, aseguró que la accionada no ha vulnerado ningún derecho fundamental de la accionante, toda vez que “lo único que ha hecho es dar cabal aplicación a la cláusula vigésima del contrato de medicina Prepagada”.

3. Decisión objeto de revisión constitucional

En sentencia del 20 de mayo de 2014, el Juzgado 65 Civil Municipal de Bogotá, negó el

amparo deprecado al considerar que la controversia planteada emana de una relación netamente contractual, de forma tal que la accionante cuenta con otro medio judicial idóneo y efectivo para reclamar los derechos presuntamente vulnerados por la accionada. Reiteró que la acción constitucional es una vía excepcional y, en este caso, ni siquiera podría emplearse como mecanismo transitorio como quiera que no se probó la configuración de un perjuicio irremediable.

4. Pruebas

- Copia de la petición dirigida a Colmédica medicina Prepagada de fecha 20 de febrero de 2012 suscrita por Stella Londoño de Chorny, en la que solicita la prestación de los servicios de medicina prepagada, por haber cancelado la obligación atrasada. (Cuaderno núm. 1, folios 26 y 27).
- Copia de la comunicación enviada por Humana Medicina Prepagada (hoy Colmédica), en la que informa al señor Mauricio Chorny Londoño la cancelación definitiva del contrato 11101329, en razón a la mora superior a noventa (90) días en la que incurrió. (Cuaderno núm. 1, folio 28).
- Copia del escrito del 10 de marzo de 2014 dirigido a Colmédica en el señor Mauricio Chorny Londoño, en el cual se solicita la reactivación del contrato 011101329 e información sobre el valor adeudado a dicha entidad para efectuar el pago. (Cuaderno núm. 1, folio 29).
- Copia de la respuesta dada por Colmédica el 19 de marzo de 2014 a la solicitud de reactivación presentada por el contratante, en la que manifiesta que luego de hacer un análisis de la petición, no fue posible efectuar la reactivación en cumplimiento de las políticas para obtener ese beneficio comercial no contractual. (Cuaderno núm. 1, folio 30).
- Copia del estado de cuenta del contrato 11101329, donde consta que el hijo de la accionante tiene un saldo pendiente por pagar de más de 3 millones de pesos a Colmédica. (Cuaderno de revisión, folios 35 a 38).
- Copia del contrato de prestación de servicios médicos asistenciales suscrito entre

Humana Medicina Prepagada (hoy Colmédica) y el hijo de la accionante. (Cuaderno de revisión, folios 39 a 43).

II. ACTUACIÓN EN SEDE DE REVISIÓN

Mediante providencia de 12 de septiembre de 2014, esta Sala de Revisión integró el contradictorio en debida forma y decretó algunas pruebas.

Es así como fue vinculada en la presente acción para que se pronunciara sobre la solicitud de amparo invocada Aliansalud EPS, ya que a pesar de no haber sido accionada, podría verse afectada con lo que finalmente se decida en este proceso.

Asimismo, dada la necesidad de verificar los supuestos de hecho que originaron la acción de tutela de la referencia y de obtener los elementos de juicio requeridos para adoptar la decisión definitiva, fueron decretadas algunas pruebas que se reseñarán a continuación:

1. Intervención de Aliansalud EPS

En escrito de 30 de septiembre de 2014, el asegurador suministró la siguiente información solicitada por la Corte:

i. El estado actual de afiliación de la señora Stella Londoño de Chorny, identificada con la C.C. 20.248.087.

Refirió que desde el 16 de septiembre de 2008, la accionante se encuentra afiliada a dicha EPS como trabajadora independiente. Manifestó que actualmente su estado de afiliación es activo.

iii. La relación de servicios médicos solicitados por la accionante, indicando la fecha de prescripción, la denominación de la tecnología en salud requerida y la fecha efectiva de prestación o el motivo de no autorización.

Indicó que el único servicio médico que ha autorizado a la peticionaria fue un marcapaso cardiaco el 16 de septiembre de 2009.

iv. Remita copia de la historia clínica de la accionante.

Señaló que no cuenta con tal documentación puesto que no es su responsabilidad la guarda y custodia de la misma.

De igual forma, explicó que revisados los sistemas de información internos no encontró ninguna solicitud de servicios de la accionante y, que ella tampoco ha sido atendida en la IPS designada, por lo cual no se le ha abierto una historia clínica.

2. Intervención de Colmédica Medicina Prepagada

En respuesta radicada el 30 de septiembre de 2014 ante esta Corporación, Colmédica reiteró los argumentos esgrimidos en la contestación de la acción de tutela de la referencia.

Adicionalmente, relacionó los servicios autorizados a la accionante entre el 12 de marzo de 2007 y el 10 de septiembre de 2013, que corresponden a 65 consultas de urgencias, medicina general y especializada, 23 procedimientos y exámenes, 4 medicamentos y 2 hospitalizaciones.

3. Intervención de la accionante Stella Londoño de Chorny

En Auto de 12 de septiembre de los corrientes, este Tribunal le formuló los siguientes interrogantes:

- i. ¿Cuál es su estado actual de salud?
- ii. ¿Qué enfermedades le han sido diagnosticadas y qué tratamientos, procedimientos y/o medicamentos le ha recomendado su médico tratante para tal efecto?
- iii. ¿Qué servicios y en qué fecha fueron negados por Colmedica Medicina Prepagada?
- iv. ¿Ha acudido a la EPS a la cual se encuentra afiliada para solicitar los servicios médicos prescritos por su médico tratante, le han sido autorizadas o negadas dichas prestaciones?
- v. Relacione los pagos efectuados en virtud del contrato de medicina prepagada núm. 011101329 de 2003, remitiendo los soportes de los mismos.
- vi. Remita copia de su historia clínica o de los documentos que acrediten su condición

médica que tenga en su poder.

Vencido el término para dar respuesta al auto en comentario, no se recibió ninguna comunicación de parte de la señora Londoño.

1. Competencia

Esta Sala es competente para revisar el fallo de tutela mencionado, de conformidad con lo previsto en los artículos 86 y 241 de la Constitución Política, el Decreto 2591 de 1991 y las demás disposiciones pertinentes.

2. Problema Jurídico

Corresponde a este Tribunal determinar si los derechos a la salud, la vida digna y la seguridad social invocados por la señora Stella Londoño de Chorny, fueron vulnerados por Colmédica al impedir la continuidad de los servicios de salud formulados a la accionante, como consecuencia de la terminación unilateral del contrato familiar de servicios de medicina prepagada por mora en el pago de las mensualidades pactadas.

Además, se establecerá si Aliansalud EPS conculcó el derecho a la salud de la actora, por no suministrar las tecnologías que requiere para el tratamiento de las enfermedades que la aquejan.

Para resolver el asunto sub examine, la Sala abordará: (i) la fundamentalidad del derecho a la salud; (ii) la improcedencia de la acción de tutela ante controversias surgidas de contratos de medicina prepagada y; (iii) el caso concreto.

3. La fundamentalidad del derecho a la salud. Reiteración de jurisprudencia

3.1. La Constitución Política consagra el derecho a la seguridad social[2] y determina que la salud es un servicio público esencial a cargo del Estado[3]. Este Tribunal ha desarrollado paulatinamente el derecho a la salud y a través de la jurisprudencia se ha dedicado a determinar las pautas de su aplicación, alcance y defensa, tal como se explicará a continuación.

En un primer momento, se justificó la procedibilidad de la tutela en virtud de la conexidad

con los derechos fundamentales contemplados en el texto constitucional[4]. Al mismo tiempo, la protección autónoma de la salud se concedía solamente cuando el accionante era menor de edad, en concordancia con lo prescrito en el artículo 44 Superior y, en general, cuando el titular del derecho era un sujeto de especial protección[5].

3.2. Sin embargo, la Corte modificó su jurisprudencia al postular que el derecho a la salud, por su relación y conexión directa con la dignidad humana, es instrumento para la materialización del Estado Social de Derecho y, por tanto, ostenta la categoría de fundamental. Dicha posición fue adoptada a partir de la Sentencia T-859 de 2003[6], en la cual esta Corporación consideró:

“Así las cosas, puede sostenerse que tiene naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma, el derecho a recibir la atención de salud definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado -Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias -, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General N°14. Lo anterior por cuanto se han definido los contenidos precisos del derecho, de manera que existe un derecho subjetivo claro a favor de quienes pertenecen a cada uno de los subsistemas -contributivo, subsidiado, etc.-. La Corte ya se había pronunciado sobre ello al considerar el fenómeno de la transmutación de los derechos prestacionales en derechos subjetivos.

La naturaleza de derecho fundamental que tiene el derecho a la salud en los términos del fundamento anterior, implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido en el P.O.S., se estaría frente a la violación de un derecho fundamental. No es necesario, en este escenario, que exista amenaza a la vida u otro derecho fundamental, para satisfacer el primer elemento de procedibilidad de tutela: violación o amenaza de un derecho fundamental”.

Adicionalmente este Tribunal ha precisado que la protección mediante la acción de tutela se limita “argumentando la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley, la jurisprudencia y los planes obligatorios de salud, con la necesidad de proteger una vida en condiciones dignas, sin importar cuál sea la persona que lo requiera”[7].

En tal sentido, la jurisprudencia constitucional ha manifestado que si se cumplen los requisitos establecidos en la regulación legal y reglamentaria que determinan las prestaciones obligatorias en salud, así como los criterios de acceso al sistema, todas las personas pueden hacer uso de la acción de tutela para obtener la protección efectiva de su derecho fundamental a la salud ante cualquier amenaza o violación[8].

3.3. De esta forma, la Corte reconoce que el derecho a la salud tiene el carácter de fundamental, posición reiterada expresamente en la Sentencia T-760 de 2008, en los siguientes términos:

“El reconocimiento de la salud como un derecho fundamental en el contexto constitucional colombiano, coincide con la evolución de su protección en el ámbito internacional. En efecto, la génesis y desenvolvimiento del derecho a la salud, tanto en el ámbito internacional como en el ámbito regional, evidencia la fundamentalidad de esta garantía. (...) El Comité [de Derechos Económicos, Sociales y Culturales] advierte que ‘todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente’,[9] y resalta que se trata de un derecho ampliamente reconocido por los tratados y declaraciones internacionales y regionales, sobre derechos humanos.[10] Observa el Comité que el concepto del ‘más alto nivel posible de salud’ contemplado por el PIDESC (1966), tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado, en tal sentido es claro que éste no está obligado a garantizar que toda persona goce, en efecto, de ‘buena salud’, sino a garantizar ‘toda una gama de facilidades, bienes y servicios’ que aseguren el más alto nivel posible de salud.[11]”

3.4. Además, es preciso referir que recientemente en Sentencia C-313 de 2014, esta Corporación al analizar el proyecto de ley estatutaria 209 de 2013 (Senado) y 267 de 2013 (Cámara) en sede de control abstracto de constitucionalidad, reiteró la fundamentalidad del derecho a la salud consagrada por el legislador en dicha norma.

3.5. Cabe señalar que para esta Corporación la salvaguarda del derecho fundamental a la salud se debe conceder conforme los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad del sistema general de seguridad social, expresamente consagrados en el artículo 49 Superior. Además, ha indicado que la garantía de acceso a los servicios de salud está estrechamente

relacionada con algunos de los principios de la seguridad social, específicamente la integralidad y la continuidad[12].

3.6. Dando alcance a lo referido anteriormente, esta Sala abordará el análisis del principio de continuidad en las prestaciones de salud[13], que conlleva la ejecución de los procedimientos de forma ininterrumpida, constante y permanente, sin que sea aceptable su suspensión sin una justificación constitucional pertinente. En desarrollo de este, puntualmente la Sentencia T-760 de 2008 expuso:

“Se garantiza pues, que el servicio de salud no sea interrumpido, súbitamente, antes de la recuperación o estabilización del paciente.[14] Para la jurisprudencia “(...) puede hacerse la distinción entre la relación jurídica- material, esto es la prestación del servicio que se materializa en una obligación de medio o de resultado según el caso, y la relación jurídica-formal, que se establece entre la institución y los usuarios.”[15] Una institución encargada de prestar el servicio de salud, puede terminar la relación jurídico-formal con el paciente de acuerdo con las normas correspondientes, pero ello no implica que pueda dar por terminada inmediatamente la relación jurídica-material, en especial si a la persona se le está garantizando el acceso a un servicio de salud.”

“Por otra parte, también se ha ido precisando en cada caso, si los motivos en los que la EPS ha fundado su decisión de interrumpir el servicio son constitucionalmente aceptables. Así, la jurisprudencia, al fallar casos concretos, ha decidido que una EPS no puede suspender un tratamiento o un medicamento necesario para salvaguardar la vida y la integridad de un paciente, invocando, entre otras, las siguientes razones: (i) porque la persona encargada de hacer los aportes dejó de pagarlos;[16] (ii) porque el paciente ya no está inscrito en la EPS correspondiente, en razón a que fue desvinculado de su lugar de trabajo;[17] (iii) porque la persona perdió la calidad que lo hacía beneficiario[18]; (iv) porque la EPS considera que la persona nunca reunió los requisitos para haber sido inscrita, a pesar de ya haberla afiliado;[19] (v) porque el afiliado se acaba de trasladar de otra EPS y su empleador no ha hecho aún aportes a la nueva entidad;[20] o (vi) porque se trata de un servicio específico que no se había prestado antes al paciente, pero que hace parte integral de un tratamiento que se le viene prestando.[21]”

La jurisprudencia ha reconocido cuatro eventos constitucionalmente admisibles para la

suspensión del servicio, pero al mismo tiempo ha conferido especial trascendencia al principio de continuidad en salud y a la obligación que tienen las entidades encargadas de materializarlo.

De esta forma, les ha vedado la posibilidad de suspender súbitamente la atención habiéndose iniciado los tratamientos o administrado los medicamentos, si como efecto de esta interrupción se vulneran o amenazan derechos fundamentales. Por tal motivo se ha exigido a la institución continuar con la prestación médica hasta tanto se supere la enfermedad o hasta que otra similar asuma la asistencia a que haya lugar[22].

3.7. Como consecuencia de lo expuesto, la Sala concluye que la fundamentalidad del derecho a la salud se hace efectiva a partir del cumplimiento de los principios de continuidad, integralidad y la garantía de acceso a los servicios, entre otros, lo cual implica que el servicio sea prestado de forma ininterrumpida, completa, diligente, oportuna y de calidad. Con base en ello, está constitucionalmente prohibido, salvo las excepciones previstas en la sentencia C-800 de 2003, que una entidad abandone el tratamiento al que se somete a una persona, su evolución diagnóstica y la búsqueda de alternativas para confrontar la enfermedad.

4. Improcedencia de la acción de tutela ante controversias surgidas de contratos de medicina prepagada. Reiteración de Jurisprudencia.

4.1. El amparo constitucional deprecado contra particulares, procede cuando aquellos estén encargados de la prestación del servicio público de salud y transgredan derechos fundamentales o los pongan en riesgo, de conformidad con el artículo 86 Superior y el artículo 42.2[23] del Decreto 2591 de 1991.

4.2. Al respecto, la Corte Constitucional ha reiterado que este mecanismo constitucional es residual y subsidiario, de manera que debe ser invocado cuando existiendo una vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, no concorra una instancia judicial idónea y eficaz para obtener la protección, o la misma sea inoportuna para prevenir un perjuicio irremediable. De ahí que el accionante deba agotar previamente dichos medios ordinarios antes de acudir a la acción de amparo.

4.3. Ahora bien, los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden

contratar planes voluntarios, adicionales o complementarios de salud, incluidos los de medicina prepagada[24], en virtud de lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011[25].

4.4. Puntualmente, respecto de la procedibilidad de la tutela para debatir controversias derivadas de contratos de medicina prepagada[26], este Tribunal ha considerado que, como quiera que su finalidad es ofrecer al afiliado “un plan adicional de atención en salud, el cual, si bien hace parte del sistema integrado de seguridad social en salud, es opcional y se rige por un esquema de contratación particular”[27], todo litigio que surja en torno a dicha temática deberá ser adelantado de conformidad con las normas civiles y comerciales vigentes.

4.5. Sobre el particular, la jurisprudencia constitucional ha determinado que las controversias suscitadas en relación con este plan complementario, pueden ser reclamadas excepcionalmente por conducto de la acción de tutela cuando se cumplan las siguientes condiciones:

“(i) Se trata de personas jurídicas privadas que participan en la prestación del servicio público de salud;

(ii) los usuarios de las empresas que prestan los servicios adicionales de salud se encuentran en estado de indefensión frente a éstas, toda vez que dichas empresas tienen bajo su control el manejo de todos los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales ofrecidos ‘hasta el 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’[28] y, adicionalmente, tratándose de planes de medicina prepagada e incluso de pólizas de salud, los contratos son considerados de adhesión, lo que significa que las cláusulas son redactadas por las empresas y poco son discutidas con el usuario-contratante, situación que lo convierte en la parte débil de la relación comercial; y,

(iii) la vía ordinaria no es idónea ni eficaz para la resolución de un conflicto que involucra la violación o amenaza de derechos fundamentales como la vida y la dignidad de las personas, máxime cuando se acredita la existencia de un perjuicio irremediable, ya que la decisión resultaría tardía frente a la impostergable prestación del servicio de salud”[29].

En suma, la solicitud de amparo constitucional se torna improcedente para solucionar las controversias que se originan en los contratos de planes adicionales, voluntarios o complementarios de atención en salud, debido a que sus normas especiales tienen sus propios mecanismos y acciones de resolución. No obstante, atendiendo que los mismos tienen como objeto la prestación de servicios de salud y que pueden ser trasgredidos los derechos fundamentales de los usuarios, la acción constitucional procederá excepcionalmente bajo las condiciones establecidas en la jurisprudencia de esta Corporación.

5. Caso concreto

5.1. La señora Stella Londoño de Chorny promovió acción de tutela contra Colmédica Medicina Prepagada, con fundamento en que esa institución trasgredió sus derechos fundamentales a la salud, a la vida digna y a la seguridad social al impedirle el acceso a los servicios de salud que requiere para atender las patologías que la aquejan, con posterioridad a la terminación unilateral del contrato suscrito desde 2003, por morosidad en el pago de las mensualidades.

A su vez, Colmédica coligió que no había conculcado los derechos fundamentales de la señora Londoño, por cuanto el contrato fue suspendido al no haber cancelado las cuotas de varios meses acorde a las cláusulas contractuales aceptadas por ambas partes. Con posterioridad, el hijo de la accionante solicitó la reactivación ante dicha entidad, no obstante, la petición fue rechazada.

El juez de instancia única negó las pretensiones de la acción, debido a que esta controversia se refería exclusivamente a la temática contractual, que debía ser solucionada por el juez ordinario.

5.2. Sobre el particular, como se expuso este Tribunal ha admitido la procedencia excepcional de la acción de tutela en esta materia, por cuanto las entidades de medicina prepagada pese a tener carácter privado, prestan el servicio público de salud por lo que se puede ver amenazada la efectividad de derechos fundamentales.

5.3. Así las cosas, procede este Tribunal a constatar la existencia de una vulneración de los derechos fundamentales de la actora que pudiere ser endilgable a las entidades

accionadas.

En efecto, acorde a lo reseñado en el acápite de antecedentes, la Sala encontró que Colmédica decidió no reactivar la afiliación de la señora Londoño y, por ende, finalizar el contrato con fundamento en la cláusula décima cuarta del mismo, que dispone que en caso de mora por parte del contratante, la entidad podrá suspenderlo y que si vencido el término de 90 días para que se ponga al día con sus obligaciones no lo ha hecho, podrá terminar unilateralmente el negocio jurídico.

Sobre el particular, la señora Londoño comentó en el escrito de tutela que Colmédica le había impedido acceder a los servicios de salud que requiere para tratar las patologías que la aquejan. Revisado el expediente, la Corte advierte que existe una incertidumbre acerca de la enfermedad de la accionante y las prestaciones a las que no está accediendo, como quiera que en la demanda no las especificó y aunque fueron solicitadas en sede de revisión, la señora Londoño no realizó ningún pronunciamiento. Si bien se cuenta con información dispersa acerca de algunos procedimientos y algunas dolencias que la peticionaria afirma tener, aquella no conduce con certeza a determinar específicamente tanto la patología a tratar como las prestaciones requeridas para tal fin.

En contraposición, la entidad de medicina prepagada manifestó haberle prestado más de 70 servicios hasta 2013 y que en la actualidad no tiene tecnologías pendientes por suministrar a la accionante. Por su parte, la EPS indicó que sólo se le ha solicitado un servicio que fue autorizado en septiembre de 2009.

Por consiguiente, de los hechos narrados por la actora, así como de los medios probatorios aportados al expediente, esta Corporación no encuentra acreditado que se haya obstaculizado el acceso a los servicios de salud a la accionante, como tampoco se evidencia que hayan sido solicitados ante las entidades accionadas. Al contrario, obra prueba en el expediente acerca de todos los servicios suministrados por las entidades demandadas.

Aunado a ello, pese a que la falta de pago constituye una causa constitucionalmente válida para la interrupción del servicio, no se analizará habida cuenta que no está probado que se hubiere solicitado prestación alguna a los accionados.

Así, la Sala no advierte que se hayan vulnerado los derechos a la salud, a la vida digna y a

la seguridad social de la accionante por parte de Colmédica y Aliansalud EPS en el asunto bajo revisión[30], por lo que se denegaran las pretensiones de la actora. De conformidad con lo expuesto, se confirmará el fallo objeto de revisión.

5.4. Finalmente, esta Corporación recuerda a la señora Londoño que debe solicitar a la EPS y a la entidad responsable de planes complementarios -si hubiere lugar- todas y cada una de las tecnologías en salud que le sean prescritas por su médico tratante. Al tiempo que se advertirá a la EPS, de su obligación de proporcionar oportunamente los medicamentos y prestaciones a la demandante, cada vez que el galeno a cargo así lo considere[31].

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

RESUELVE:

Primero.- CONFIRMAR el fallo proferido el 20 de mayo de 2014 por el Juzgado 65 Civil Municipal de Bogotá mediante el cual se negó la solicitud de amparo elevada por la señora Stella Londoño de Chorny.

Segundo.- ADVERTIR a la EPS Aliansalud que deberá proporcionar oportunamente los medicamentos y prestaciones a la demandante, cada vez que el galeno a cargo así lo considere.

Tercero.- LÍBRESE por Secretaría la comunicación de que trata el artículo 36 del Decreto 2591 de 1991, para los efectos allí contemplados.

Cópiese, notifíquese, comuníquese, y cúmplase.

JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Magistrado

GLORIA STELLA ORTIZ DELGADO

Magistrada

JORGE IGNACIO PRETELT CHALJUB

Magistrado

ANDRÉS MUTIS VANEGAS

Secretario General (E)

[1] Cfr. Folio 42, cuaderno núm. 1: “CLAÚSULA (sic) XIV.- SUSPENSIÓN Y CANCELACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO. Pasados treinta (30) días desde la fecha en que EL CONTRATANTE debió realizar el pago de la cuota pactada y esta no se ha efectuado, HUMANA (Ahora COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA) suspenderá al contratante y/o Usuarios la prestación de los servicios establecidos en la cláusula primera de este contrato. En concordancia con la Circular Externa 058 de 1.993, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, la suspensión no exonera al CONTRANTE y/o Usuarios del pago de las cuotas vencidas ni de las faltantes para el vencimiento del CONTRATO, las cuales se causan, igualmente durante la suspensión HUMANA S.A. (Ahora COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA) reanudará la prestación de los servicios objeto de este contrato quince (15) días después que EL CONTRATANTE realice el pago. EL CONTRATANTE y/o los Usuarios tendrán un plazo máximo de noventa (90) días, contados a partir de la fecha en que debió hacer el pago, para cumplir con lo acordado en la Cláusula X del presente CONTRATO. Vencido este plazo, HUMANA S.A. dará por terminado EL CONTRATO unilateralmente, sin necesidad de aviso o notificación alguna, y sin que por ello se exonere al CONTRATANTE del pago de las cuotas pendientes, en los términos de la Circular Externa 058 de 1.993, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud. EL CONTRATANTE declara que HUMANA S.A. (Ahora COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA) quedará libre de la responsabilidad de cancelar suma alguna por la atención de enfermedades o lesiones tratadas durante la suspensión de la ejecución del CONTRATO”.

[2] Constitución Política, artículo 48.

[3] Constitución Política, artículo 49.

[4] Sentencias T-200 de 2007, T-654 de 2010, entre otras.

[5] Al respecto, es oportuno referir lo expuesto en la sentencia T-581 de 2007 donde esta Corporación señala: “A su turno, la urgencia de la protección del derecho a la salud se

puede dar en razón a... que se trate de un sujeto de especial protección constitucional (menores, población carcelaria, tercera edad, pacientes que padecen enfermedades catastróficas, entre otros).”

[6] Esta decisión ha sido reiterada en las sentencias T-060 de 2007, T-148 de 2007, T-760 de 2008, T-815 de 2012, T-931 de 2012, T-320 de 2013, T-468 de 2013, T-570 de 2013, T-022 de 2014, T-141 de 2014, T-154 de 2014, T-201 de 2014, entre otras.

[7] Sentencias T-201 de 2009, T-654 de 2010, entre otras.

[8] Sentencia T-016 de 2007.

[9] El PIDESC, artículo 12, contempla “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

[10] Observación General N° 14 (2000) “El derecho del más alto nivel posible de salud” (2).

[11] Observación General N° 14 (2000) “El derecho del más alto nivel posible de salud” (9). “(...) un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona [...].”

[13] Véanse: T-059 de 1997, T-515 de 2000, T-746 de 2002, C-800 de 2003, T-685 de 2004, T-858 de 2004, T-875 de 2004, T-143 de 2005, T-305 de 2005, T-306 de 2005, T-464 de 2005, T-508 de 2005, T-568 de 2005, T-802 de 2005, T-842 de 2005, T-1027 de 2005, T-1105 de 2005, T-1301 de 2005, T-764 de 2006, T-662 de 2007, T-690 A de 2007, T-807 de 2007, T-970 de 2007 y T-1083 de 2007.

[14] Corte Constitucional, Sentencia T-059 de 2007, en este caso se tuteló el derecho de un joven de 23 años a que no se interrumpiera el tratamiento que recibía por un problema de adicción que lo llevó a perder su cupo como estudiante, a pesar de que se le atendía en condición de beneficiario de su padre, por ser estudiante.

[15] Corte Constitucional, Sentencia T-597 de 1993.

[16] Son varios los casos en donde se ha tomado esta decisión. En ellos se ha señalado que una relación jurídica es la que supone la prestación del servicio de salud, el cual debe mantenerse en virtud del principio de continuidad, y otra la relación contractual entre la EPS y el empleador, de carácter dinerario, que en caso de incumplimiento da lugar a las diferentes medidas jurídicas orientadas al cobro. Entre otras, pueden verse las sentencias: T-406 de 1993, T-057 y T-669 de 1997; T-154 A de 1995 y T-158 de 1997; T-072 de 1997 y T-202 de 1997. Recientemente se dijo al respecto en la Sentencia T-360 de 2001: “De la jurisprudencia citada se observa, que si bien existe una obligación directa a cargo del patrono que incumple con su obligación legal de pagar en forma oportuna los aportes de sus empleados por concepto de salud, también lo es, que dicha obligación no exonera en forma total a la EPS de atender a los afiliados o a sus beneficiarios, en el evento de que requieran atención en salud, con fundamento en los principios de continuidad de los servicios públicos y del derecho irrenunciable a la seguridad social (CP. Arts. 48 y 49). Adicionalmente, como se vio, las EPS disponen por ministerio de la ley, de mecanismos para repetir en contra de los patronos incumplidos por los costos en que incurran en la prestación de servicios médicos o suministro de medicamentos.”

[17] En la Sentencia T-281 de 1996 se ordenó al I.S.S. practicar una operación a una persona, a pesar de que ya no estaba afiliado, pues mientras se terminaban los trámites administrativos para llevar a cabo la intervención quirúrgica, había sido desvinculado unilateralmente de su trabajo.

[18] En la Sentencia T-396 de 1999 se ordenó al I.S.S. culminar un tratamiento quirúrgico en el sistema óseo, a pesar de que la persona había alcanzado su mayoría de edad y en consecuencia había perdido el derecho a la pensión de sobreviviente por la muerte de su padre, razón por la que era atendida por el I.S.S.

[19] En la Sentencia T-730 de 1999 se ordenó a una EPS continuar prestándole el servicio médico que se le venía dando a una mujer embarazada, a quien se le había suspendido el servicio en razón a que una norma reglamentaria (D.824 de 1988) disponía que por su condición laboral y su relación familiar con su patrón, ella no podía haber sido afiliada por él.

[20] En la Sentencia T-1029 de 2000 se decidió que en virtud del principio de continuidad que rige el servicio de salud, una EPS está obligada a atender a un afiliado nuevo desde el primer día del traslado, incluso cuando el empleador no ha cancelado aún los aportes a la nueva entidad.

[21] En la Sentencia T-636 de 2001 se decidió que era necesario suministrar bolsas de colostomía a una persona (bolsas externas al cuerpo para recoger materias fecales), en el interregno entre dos operaciones, por considerar que hacían parte del tratamiento y en esa medida, no darlas implicaba suspender la continuidad del mismo.

[22] Sentencia T-111 de 2004.

[23] “Artículo 42. Procedencia. La acción de tutela procederá contra acciones u omisiones de particulares en los siguientes casos: (...) 2. Cuando aquel contra quien se hubiere hecho la solicitud esté encargado de la prestación del servicio público de salud para proteger los derechos a la vida, a la intimidad, a la igualdad y a la autonomía”.

[24] La medicina prepagada fue definida en el artículo 1° del Decreto 1486 de 1994 como “el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente decreto, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”.

[25] Ley 1438 de 2011, art. 37: “Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: “Artículo 169. Planes Voluntarios de Salud. Los Planes Voluntarios de Salud podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización. // La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. // Tales Planes podrán ser: // 169.1 Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud. // 169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada. // 169.3 Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia

Financiera. // 169.4 Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud”.

[26] Sentencias T-802 de 2013 y T-412A de 2014, entre otras.

[27] Sentencia T-412A de 2014.

[28] Cfr. T-307 de junio 20 de 1997 y T-867 de octubre 18 de 2007.

[29] Sentencias T-158 de 2010 y T-412A de 2014.

[30] En la Sentencia T-655 de 2006, la Corte consideró: “Observando las pruebas halladas en el expediente, se tiene que no existe acción u omisión por parte de las entidades demandadas que pongan en peligro los derechos fundamentales de los demandantes. Por un lado, no existe acto alguno que desvirtúe los derechos invocados por los actores, toda vez que estos ni siquiera han hecho la solicitud de refinanciación y reliquidación de los respectivos créditos directamente a las entidades accionadas, de tal forma que no es posible que se haya dado una respuesta a dicha pretensión contra la cual pueda alegarse efectos violatorios de derecho fundamental alguno.

En efecto, considera este Tribunal que, antes de intentar por vía de tutela la reclamación que aquí se expone, lo que debieron hacer los accionantes fue hacer la solicitud respectiva a las entidades competentes. Dentro del expediente del caso sub judice el escrito de petición no se evidencia, además de que tampoco se enuncia en la demanda que se hubiera intentado según los parámetros dados en el artículo 23 de la Carta Política. Si el acto de la autoridad pública es inexistente sería ilógico pretender, por vía de tutela, controvertir lo que no existe en el mundo jurídico.

[31] Cfr. Sentencias T-769 de 2013 y T-487 de 2014.