

Sentencia T-134/11

Referencia: expediente T-2.826.450

Acción de tutela instaurada por Catalina Pérez López contra Coomeva Medicina Prepagada.

Magistrado Ponente:

Dr. LUIS ERNESTO VARGAS SILVA.

Bogotá, DC., el tres (03) de marzo de dos mil once (2011).

La Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, integrada por los magistrados María Victoria Calle Correa, Mauricio González Cuervo y Luis Ernesto Vargas Silva en ejercicio de sus competencias constitucionales y legales, ha proferido la siguiente

SENTENCIA

Dentro del trámite de revisión de los fallos dictados por el Juzgado Quinto Penal Municipal con funciones de Control de Garantías de Manizales y el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Manizales, en el asunto de la referencia.

I. ANTECEDENTES

De los hechos y la demanda.

1. Catalina Pérez López presentó acción de tutela contra Coomeva Medicina Prepagada, por considerar que la entidad vulneró sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna, con base en los siguientes hechos:
 - 1.1. Manifiesta que fue atendida por los médicos de Coomeva Medicina Prepagada, quienes le diagnosticaron *hipertrofia mamaria, dorsalgia y quistes de mama bilaterales*.
 - 1.2. Señala que, en razón de ello, su médico tratante determinó que debía someterse a la cirugía de *mamoplastia de reducción*.
 - 1.3. El 19 de julio de 2010, la entidad accionada negó la prestación del servicio aduciendo que la mamoplastia está expresamente excluida del plan de medicina prepagada, tal como lo establece la Cláusula Sexta del contrato de prestación de servicios de salud que regula las *“exclusiones para todos los programas”*.

- 1.4. La accionante relata que la patología que padece le impide llevar una vida tranquila pues sufre constantemente de fuertes dolores en el cuello y dorsalgia, que le impiden desarrollar su profesión como arquitecta.
2. La demanda de tutela fue admitida por el Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Manizales el 22 de julio de 2010.

Intervención de la parte demandada.

3. María Eugenia López Martínez, directora de Coomeva Medicina Prepagada – Oficina Manizales, constató que la accionante se encuentra afiliada en medicina prepagada desde el 30 de marzo de 1998. No obstante, manifestó que la entidad no puede autorizar la realización de cirugías de mamoplastia puesto que de acuerdo con la cláusula sexta del contrato de prestación de servicios de salud, dicho procedimiento se encuentra expresamente excluido. En este sentido, señaló que la entidad que representa no vulneró los derechos fundamentales de la accionante pues se ha sujetado en todo al contrato pactado libre y autónomamente por ella.

De los fallos de tutela.

4. Mediante providencia del 4 de agosto de 2010, el Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Manizales negó el amparo solicitado. Señaló que la regla establecida por la Corte Constitucional en la materia consiste en que la tutela no es procedente para resolver las controversias derivadas del contrato de prestación de servicios adicionales de salud, excepto cuando ellas comprometan la satisfacción de los derechos fundamentales de los accionantes. Ello ocurre, por ejemplo, cuando se niega la prestación de un servicio que no ha sido excluido expresamente del contrato, o cuando la cláusula de exclusiones es ambigua. En el caso de la accionante, el juez encontró que la exclusión de la mamoplastia es expresa y evidente y, por tanto, la entidad no está obligada a realizar el procedimiento. No obstante, advirtió que la accionante puede controvertir ante la jurisdicción ordinaria el contrato que suscribió, así como acudir a la EPS para solicitar el tratamiento de su patología.

De la impugnación y el fallo de segunda instancia

5. El 9 de agosto de 2010 la accionante apeló la decisión del Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Manizales sin añadir nuevos argumentos.
6. El Juez Segundo Penal del Circuito de Manizales (Caldas), en sentencia proferida el 8 de septiembre de 2010, confirmó la decisión de primera instancia. Argumentó que el contrato de medicina prepagada se rige por

el principio de la autonomía de la voluntad y que la intervención del juez constitucional debe limitarse a las situaciones en las cuales los derechos fundamentales del afiliado se encuentran gravemente vulnerados o amenazados. De acuerdo con el juez, esto no ocurre en el presente caso pues la accionante pactó libremente con la empresa de medicina prepagada que el procedimiento objeto de discusión sería excluido del plan, y no se observa que esta decisión constituya una vulneración del derecho a la salud de la actora, quien puede solicitar la autorización de la cirugía a la EPS.

Pruebas relevantes que obran en el expediente.

7. Copia de la historia clínica de la accionante.
8. Orden médica expedida el 15 de julio de 2010, en la que se indica que la accionante requiere “*mamoplastia conectora y A.P de todo el tejido resecado*”¹.
9. Formato de negación del procedimiento firmado por David Horacio Posada el 15 de julio de 2010, en el que se indica que la mamoplastia no es un servicio cubierto por el plan de medicina prepagada. Se indica que la disposición que respalda la decisión es la Cláusula Sexta del Contrato de Prestación de Servicios de Salud Coomeva Medicina Prepagada S.A, relativa a las exclusiones para todos los programas².
10. Copia del contrato de prestación de servicios de salud Coomeva Medicina Prepagada S.A³

II. FUNDAMENTOS DE LA DECISIÓN

Competencia.

Esta Sala de Revisión de la Corte Constitucional es competente para proferir sentencia dentro de la acción de tutela de la referencia, con fundamento en los artículos 86 inciso 2 y 241 numeral 9 de la Constitución Política, en concordancia con los artículos 31 a 36 del Decreto 2591 de 1991.

Problema jurídico

En el presente asunto corresponde a la Sala establecer si una entidad de medicina prepagada vulnera los derechos de una mujer a la salud y a la vida digna al negarle la realización del procedimiento quirúrgico “*mamoplastia de reducción*”, alegando que este se encuentra excluido del contrato de prestación de servicios de salud.

¹ Folio 20.

² Folio 16.

³ Folios 32 y ss.

Con este fin, la Sala reiterará las reglas relativas a la procedencia de la acción de tutela para resolver conflictos derivados de contratos de medicina prepagada. Abordará luego las reglas que ha establecido la Corte en relación con el alcance y las limitaciones de los contratos de medicina prepagada a la luz del principio de buena fe y del derecho a la salud y, finalmente, se pronunciará sobre el caso concreto.

1. Procedencia de la acción de tutela para resolver controversias derivadas de contratos de medicina prepagada. Reiteración de jurisprudencia.

El servicio de medicina prepagada es una modalidad dentro de los planes adicionales de salud establecidos en la Ley 100 de 1993⁴, que pueden adquirir los afiliados al régimen contributivo, con el fin de obtener beneficios opcionales como la atención en eventos no incluidos en el POS, o condiciones diferentes o adicionales de hostelería y tecnología⁵. De acuerdo con la normatividad, las empresas de medicina prepagada gestionan y brindan atención médica y servicios cubiertos por un plan de salud preestablecido, recibiendo como contraprestación el pago de un precio regular previamente acordado⁶.

La Corte ha establecido con claridad que la relación surgida entre el usuario y la empresa de medicina prepagada es eminentemente de derecho privado, y que la prestación de los servicios contratados se rige de manera estricta por el contenido de las cláusulas del contrato suscrito⁷. Pero junto a esta naturaleza contractual, ha advertido esta Corporación que el objeto del negocio es la prestación del servicio público de salud y, por lo tanto, ha reconocido que la ejecución de los planes de medicina prepagada puede involucrar la efectividad de los derechos fundamentales del afiliado, tales como la vida, la integridad física y la salud.

Debido a ello, la Corte ha reiterado que el escenario propicio para resolver las controversias que se derivan del alcance o del cumplimiento de las cláusulas pactadas libremente por las partes es la jurisdicción ordinaria y que, como regla general, la acción de tutela es improcedente⁸. Sin embargo, cuando la empresa hace uso de su posición dominante y vulnera el derecho

⁴ Que en su artículo 169 dispone: “Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 204 de la presente Ley”.

⁵ El artículo 17 del Decreto 806 de 1998 señala que: “dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan Planes Adicionales de Salud y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares”.

⁶ Numeral 1 del artículo 1 del Decreto 1570 de 1993, modificado por el artículo 1 del Decreto 1486 de 1994.

⁷ Ver sentencias T-1064/05, T-089/05, T-710/04, T-646/04 y SU-039/98.

⁸ Ver, entre otras, las sentencias T-765/08 y T-1217/05

a la salud u otros derechos fundamentales de los afiliados al plan de medicina prepagada, o cuando se acredita la inminencia de un perjuicio irremediable, la vía ordinaria no es idónea ni eficaz y, en consecuencia, la acción de tutela se torna procedente⁹.

2. Límites de los planes adicionales de salud en aplicación del principio de buena fe contractual y la protección del derecho a la salud.

La salud ha sido definida como un derecho fundamental que consiste en la posibilidad de alcanzar el nivel más alto de bienestar físico, mental y social dentro de lo posible para una persona¹⁰. La prestación de los servicios tendientes a satisfacer esta garantía constitucional debe responder a las características de calidad, eficacia y oportunidad. Adicionalmente, las entidades prestadoras del servicio no pueden desconocer el principio de integralidad, conforme al cual no es posible fraccionar los tratamientos cuando ello implica un obstáculo insalvable para la atención de la patología del paciente¹¹; ni el principio de continuidad, de acuerdo con el cual el servicio de salud no puede ser interrumpido injustificadamente antes de la recuperación o estabilización del paciente¹².

Los parámetros mencionados han sido dirigidos principalmente a la prestación de los servicios en el marco del plan obligatorio de salud, bien sea como parte del régimen contributivo o del subsidiado. Sin embargo, esta Corporación ha hecho una aplicación analógica de dichos principios a la medicina prepagada, en cuanto cabe, otorgándoles un contenido propio. Para hacerlo, ha tenido en cuenta que los contratos de prestación de servicios adicionales de salud se ejecutan en virtud de una relación contractual de adhesión, bilateral y onerosa, vigilada por la Superintendencia de Salud, y que su propósito no es reemplazar totalmente a las instituciones que prestan servicios integrales y obligatorios de salud, como son las entidades del régimen contributivo.

En este sentido, la Corte ha determinado que para salvaguardar el derecho a la salud de los usuarios de todos los planes adicionales de salud debe atenderse a los siguientes criterios:

2.1 En la formación del contrato.

(i) Los contratos para la prestación de servicios adicionales de salud no pueden ser celebrados ni renovados con personas que no se encuentren

⁹ Ver, entre muchas otras, las sentencias T-158/10, T-140/09, T-765/08, T-867/07, T-650/07, T-348/05 y T-089/05.

¹⁰ Para ampliar la evolución del contenido y fundamentabilidad del derecho, ver sentencia T-760/08.

¹¹ Ver sentencia T-760/08.

¹² Ver sentencias T-158/10 y T-458/08.

afiliadas al POS. Así lo establece el artículo 20 del Decreto 806 de 1998¹³. La omisión de esta disposición obliga a la empresa a responder por la atención integral en salud de su afiliado sin consideración a las limitaciones pactadas pues, de no hacerlo, la persona podría verse desprotegida ante las amenazas a la vida y a la salud no cubiertas por el plan de medicina prepagada¹⁴.

*(ii) Antes de suscribir el contrato de medicina prepagada, las empresas deben realizar exámenes médicos lo suficientemente rigurosos*¹⁵. Esto tiene como propósito (1) detectar los padecimientos de salud que constituyan preexistencias; (2) determinar su exclusión expresa de la cobertura del contrato; y (3) permitir que el usuario decida si bajo estas condiciones -es decir, la exclusión de las preexistencias del contrato- persiste su intención de celebrar el convenio. El examen médico otorga seguridad jurídica a la relación contractual. Por tanto, las enfermedades no diagnosticadas como resultado de dicho examen, no podrán ser consideradas preexistencias, y deberán ser tratadas y atendidas médicamente por la entidad¹⁶.

(iii) El acuerdo de voluntades mediante el cual se celebra el contrato de prestación de servicios adicionales de salud debe fundarse tanto en el principio de buena fe como en la confianza mutua entre contratantes. En la sentencia SU-039 de 1998, la Corte precisó que:

“Comoquiera que la celebración de un contrato de esa clase se desarrolla dentro del campo de los negocios jurídicos en la forma de un acuerdo de voluntades para producir efectos jurídicos, lo que supone un desarrollo bajo la vigencia de los principios generales que los informan, como ocurre con el principio de la buena fe que no sólo nutre estos actos sino el ordenamiento jurídico en general y el cual obtiene reconocimiento expreso constitucional en el artículo 83 de la Carta Política de 1991, como rector de las actuaciones entre los particulares, significa que, desde su inicio y especialmente durante su ejecución, al incorporarse el valor ético de la confianza mutua¹⁷ en los contratos de medicina prepagada, se exige un comportamiento de las partes que permita brindar certeza y seguridad jurídica respecto del cumplimiento de los pactos convenidos y la satisfacción de las prestaciones acordadas.”¹⁸

Además, en tanto que en el contrato de adhesión de los planes de medicina prepagada la parte débil es el usuario de los servicios de salud, ha dicho la

¹³ Esta disposición establece que: *“Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS (...)”.*

¹⁴ Ver sentencias T-584/10, T- 731/04 y T-236/03.

¹⁵ Así lo exige el artículo 21 del Decreto 806 de 1998

¹⁶ Así lo estableció la Corte en la sentencia T-765/08. Ver, además, las sentencias T-196/07, T-271/06, T-1217/05, T-1012/05, T-181/04, T-065/04, T-549/03, T-365/02, T-1252/00, T-687/00, T-128/00, T-689/99, T-118/99, T-096/99, T-603/98, T-512/98, T-290/98, T-216/97 y T-533/96.

¹⁷ Ver la sentencia T-059/97.

¹⁸ Ver también las sentencias T-140/09, SU-1554/00, T-732/98 y T-533/96.

Corte que las dudas en la interpretación de las cláusulas del contrato que impliquen un posible vulneración del derecho a la salud, deben resolverse a favor del afiliado, sin perjuicio de que en situaciones concretas pueda demostrarse su mala fe¹⁹.

2.2 Durante la ejecución del contrato.

(iv) Las empresas prestadoras de servicios adicionales de salud deben dar cumplimiento estricto a todas las cláusulas del contrato suscrito con el usuario. Las empresas de medicina prepagada deben emplear la debida diligencia en la prestación de la atención médica que el afiliado requiera, a fin de que recupere o mejore su estado de salud, o prevenga la aparición de nuevos padecimientos. Para ello, deben actuar dentro del marco normativo que regula la materia²⁰.

(v) Durante la ejecución del contrato de medicina prepagada la empresa no puede modificar unilateralmente las condiciones para su cumplimiento. La compañía de medicina prepagada no puede negarse al cumplimiento de una obligación inicialmente contraída, cuando en su momento no se dijo nada en el contrato, frente a su exclusión o garantía. En los casos de duda respecto de la aplicación de esta subregla, la Corte ha determinado que debe presumirse la buena fe del paciente al momento de suscribir el contrato y que, en consecuencia, le corresponde a la empresa probar que el contratante tenía conocimiento de su enfermedad al momento de obligarse²¹.

(vi) La empresa de medicina prepagada no puede desplazar a la EPS su responsabilidad en la atención médica de las enfermedades cubiertas en el contrato. Si el contrato de medicina prepagada prevé servicios incluidos en el POS, la empresa no puede negarse a proporcionarlos argumentando que ellos pueden ser prestados por la EPS. En este sentido, el artículo 18 del Decreto 806 de 1998 establece que el usuario de un Plan Adicional de Salud puede elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de requerir atención médica, y advierte que “las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan”²².

2.3 Específicamente para la aplicación de exclusiones.

(vii) Se entienden excluidos del objeto contractual, únicamente aquellos padecimientos del usuario considerados como preexistencias, cuando previa, expresa y taxativamente se encuentren mencionadas en las cláusulas de la convención o en sus anexos en relación específica con el afiliado. La Corte ha establecido que las “preexistencias” son enfermedades

¹⁹ Ver sentencias T-140/09 y T-128/00.

²⁰ Ver sentencias T-149/09, T-765/08, T-732/08 y SU-1554/00.

²¹ Ver sentencias T-765/08, T-196/07, T-660/06, SU-039/98, T-059/97, T-536/96.

²² Ver sentencias T-348/05, T-699/04 y T-181/04.

o afecciones que aquejan al paciente al momento de suscribir el contrato y, por ello, no se incluyen como objeto de los servicios prepagados. Estas excepciones a la cobertura no pueden estar señaladas en forma genérica en el contrato. La compañía de medicina prepagada tiene la obligación de determinar, de acuerdo a los exámenes previos, “cuáles enfermedades congénitas y cuáles preexistencias no serán atendidas en relación con cada usuario” (subrayado dentro del texto)²³.

Toda vez que esta constituye una carga de la empresa y no del usuario, cuando una enfermedad adquirida previamente a la firma del contrato no haya sido incorporada de manera concreta en el contrato o sus anexos como preexistencia o como exclusión, esta no puede ser oponible al afiliado como excusa para negarse a la prestación de un servicio²⁴.

(viii) Los contratos de prestación de servicios de salud que contengan exclusiones que exceptúen de manera general o imprecisa ciertas enfermedades o la prestación de determinados servicios de salud, o que lo hagan de manera ambigua, no son oponibles al usuario. Debido a que las exclusiones constituyen limitaciones al contrato de prestación de servicios de salud, su interpretación y aplicación debe ser restrictiva y respetar el principio de buena fe contractual. Por ello, la cláusula de exclusiones dentro de un contrato de medicina prepagada no puede exceptuar de forma genérica toda una rama de enfermedades, tratamientos o estudios para su diagnóstico, o dejar de señalar con suficiente precisión y claro lenguaje a cuáles hace referencia, de suerte que el usuario pueda decidir si adhiere o no al contrato²⁵.

Es necesario precisar que esta regla relativa a las exclusiones genéricas *(viii)* se diferencia de la anterior que aborda a la exclusión de las enfermedades o afecciones que pudieron originarse o desarrollarse antes de la firma del contrato *(vii)*. Dado que las preexistencias debieron ser detectadas por la compañía de medicina prepagada mediante los exámenes médicos previos y el examen de los antecedentes del contratante, las exclusiones derivadas de ellas deben pactarse en relación con cada usuario, es decir, teniendo en cuenta su situación particular.

No son eficaces las cláusulas contenidas en los formatos de contrato que excluyen preexistencias de manera genérica, aun cuando ellos hayan sido objeto de revisión por parte de la Superintendencia de Salud, puesto que el tomador del contrato de medicina prepagada que tiene una preexistencia posee unas características particulares, con base en las cuales tanto el usuario como la entidad pactan la prestación de los servicios de salud. En virtud de la buena fe contractual, cuando la compañía de medicina prepagada no establece expresamente cuáles son los exámenes, tratamientos

²³ T-1697/00.

²⁴ Ver sentencias T-765/08, T-626/08, T-660/06, T-271/06, T- 699/04, T-1697/00, T-732/98, T-603/98, T-280/98 y T-059/97.

²⁵ Ver T-158/10 y T-765/08.

o suministros que están excluidos, pudiendo hacerlo, se entiende que el afiliado toma la decisión de pagar el plan adicional de salud con base en el convencimiento fundado de que la compañía deliberadamente los incluyó dentro del contrato.

Cuando la enfermedad, afección o patología no puede ser determinada con el mismo nivel de suficiencia como el esperado en las preexistencias, es improbable que la entidad conozca cuáles serán los servicios que el paciente requerirá y que, en virtud de la autonomía de su voluntad, no está dispuesto a cubrir. En estos casos, entonces, no es indispensable que las exclusiones se pacten en relación con cada uno de los usuarios. Lo que es absolutamente necesario atendiendo al carácter taxativo de las cláusulas restrictivas, es que estas se establezcan de manera manifiesta, que no contengan expresiones genéricas, que no excluyan una rama completa de enfermedades o un conjunto impreciso de exámenes diagnósticos, y que la forma en que están estipuladas no se preste para interpretaciones simultáneas respecto de su inclusión y sustracción, pues ello impide al usuario conocer de forma suficiente el tipo de procedimientos cubiertos por el plan antes de adherirse a él.

El carácter genérico, impreciso o ambiguo de las cláusulas de exclusión atenta contra la buena fe contractual pues esconde información relevante que será determinante para quien suscribirá el plan adicional, y se convierte en una excusa por medio de la cual se evita por todos los medios el cumplimiento del objeto principal del contrato, en desmedro de la salud y la integridad física del paciente. Por ello, la Corte ha indicado que *“la responsabilidad frente a la prestación de medicamentos y procedimientos médicos que se requieran para el tratamiento de una enfermedad que no se encuentre expresa y claramente determinada en el contrato de medicina prepagada recae sobre la entidad que presta este servicio”*²⁶.

Este último criterio ha sido empleado por la Corte en sentencias precedentes, respecto de distintos tipos de planes adicionales de salud. Así, por ejemplo, en la sentencia T-171 de 2003, la Corte ordenó a una compañía de seguros practicar la cirugía de banda gástrica requerida por la accionante teniendo en cuenta que el contrato excluía de forma general los tratamientos para la obesidad, y de acuerdo con los conceptos médicos allegados al expediente, se pudo establecer que la *“obesidad mórbida tiene una condición patológica que permite distinguirla de la simple obesidad”*. La Corte encontró que esta condición de particularidad hace que dicha cirugía *“no pueda entenderse comprendida en la exclusión genérica de los tratamientos por obesidad”*.

En otro caso resuelto en la sentencia T-699/04, una mujer desarrolló luego de la realización de los exámenes diagnósticos iniciales, una enfermedad de carácter congénito y requería para su tratamiento la realización de varios

²⁶ T-626/08 y T-699/04.

procedimientos quirúrgicos. En la cláusula de limitaciones contractuales se pactó que la empresa de medicina prepagada no asumiría el costo de “*las enfermedades o malformaciones congénitas*”. No obstante, la Corte encontró que esta cláusula era demasiado genérica y que, por lo tanto, no era oponible a la contratante pues su aplicación conllevaba a la interrupción del servicio respecto de un amplia e indeterminable cantidad de patologías.

En la sentencia T-795 de 2008, la Corte ordenó a una empresa de medicina prepagada practicar al afiliado el examen PET CT (tomografía de emisión de positrones combinada con tomografía computarizada) con la regularidad que se requiriera pues, aunque no se trataba de un procedimiento tendiente a diagnosticar el estado de una patología preexistente, se encontró que el contrato no indicaba que este tipo de exámenes estuvieran exceptuados y, por el contrario, indicó que la cláusula de coberturas incluía todos los servicios de “*medicina nuclear*”.

Por su parte, en la sentencia T-158 de 2010 la Corte negó la autorización del reemplazo total de rodilla izquierda mediante implantación de una prótesis anatómica, exigido por el accionante a su compañía de seguros, pues determinó que el suministro de prótesis se encontraba excluido expresamente de la póliza, y que la cláusula señalaba con claridad la cuantía del reconocimiento y el valor tope asegurado para la ocurrencia de esa clase de siniestros. Encontrándose precisa y expresa la exclusión, la Sala concluyó que el valor del suministro requerido excedía por mucho la limitación contractual y, por tanto, no declaró que la entidad accionada vulnerara los derechos del paciente.

Igualmente, en la sentencia T-584 de 2010, la accionante solicitó la realización de una mamoplastia de reducción ordenada por su médico tratante dentro del plan de medicina prepagada. Si bien la Corte falló a favor de la paciente por cuanto no se encontraba vinculada al plan obligatorio de salud del régimen contributivo, sí estableció con claridad que no correspondía en principio a la empresa de medicina prepagada cubrir el valor de la cirugía toda vez que la cláusula de exclusión era clara y precisa.

En suma, la extensión de la cobertura de los servicios prepagados de salud dependerá de los términos en los cuales se pacta el contrato, comprendidos a la luz del principio de buena fe contractual, de protección del usuario como parte débil del contrato, y del derecho a la salud. Por esta razón, cuando la interpretación o ejecución del clausulado que rige la relación contractual involucre derechos fundamentales, corresponde a los jueces constitucionales establecer su preciso alcance a la luz de los principios previamente establecidos.

3. El caso concreto.

La controversia planteada en el presente caso surge por la negativa de Coomeva Medicina Prepagada de autorizar el procedimiento “*mamoplastia de reducción*” prescrito por el médico tratante a la afiliada Catalina Pérez López, aduciendo que conforme a la cláusula sexta “*exclusiones para todos los programas*”, el plan adicional de salud no cubre la cirugía “*mamoplastia*”.

Antes de abordar el fondo del asunto, advierte la Sala que los jueces de instancia en este proceso declararon improcedente la acción de tutela argumentando que el problema suscitado alrededor de la exclusión de procedimientos quirúrgicos en el marco de un plan de medicina prepagada es un asunto contractual que no involucra la garantía de ningún derecho fundamental, y que por ello, la actuación del juez constitucional es improcedente.

Para la Sala, aunque es acertado considerar que la realización de la mamoplastia depende de la interpretación que se haga de la cláusula sexta del contrato de medicina prepagada, también lo es que la decisión que se adopte involucra el derecho a la salud de la parte débil del contrato, comoquiera que el procedimiento le fue ordenado por su médico tratante, luego de que se llevaran a cabo todos los exámenes diagnósticos que arrojaron como resultado que la accionante padece de “*hipertrofia mamaria, dorsalgia y quistes de mama bilaterales*”²⁷. El problema contractual se convierte entonces en una amenaza a su salud y a la calidad de vida, de modo que la acción de tutela se torna procedente.

Ahora bien, el argumento central expuesto por los jueces de instancia y por la entidad accionada para sostener la improcedencia de la acción consiste en que, en el caso *sub examine*, la exclusión del procedimiento “*mamoplastia*” se encuentra estipulada de forma manifiesta, clara y específica en la cláusula sexta del contrato. Dada esta situación, según ellos, debe concluirse que la compañía de medicina prepagada no vulneró el derecho de la accionante quien puede acudir a la EPS y solicitar la realización del tratamiento. A este razonamiento, la actora opone lo establecido en la sentencia T-471 de 2000 en la que se ordenó la autorización de una mamoplastia reductora, pese a que la empresa de medicina prepagada utilizó el mismo término para excluir el procedimiento de la cobertura, aduciendo que no lo hizo de manera particular y específica respecto de la afiliada.

Conforme a lo establecido en las consideraciones anteriores, esta Sala estima que no era necesario que la entidad de medicina prepagada pactara la exclusión de la mamoplastia en relación concreta con la accionante puesto que, conforme al acervo probatorio existente, no se hallan elementos para afirmar que la enfermedad para la cual se requiere el procedimiento podía ser considerada preexistente al contrato o podía ser detectada mediante los

²⁷ Folio 20.

exámenes previos de ingreso. Por esta razón, no es preciso seguir de forma estricta lo establecido en la sentencia T-471 de 2000, que desestimó la exclusión hecha por la entidad de medicina prepagada.

A juicio de esta Corporación, lo que corresponde hacer es examinar si la cláusula sexta del contrato de prestación de servicios de salud, en cuanto señala que la mamoplastia está excluida de todos los programas, es genérica, poco precisa, o de interpretación ambigua, al punto que desconozca el principio de buena fe contractual.

Al respecto, tal como lo señaló la Corte en la sentencia T-584 de 2010, la Sala halla la formulación de la disposición que excluye la “*mamoplastia*” lo suficientemente precisa y específica respecto de aquellos eventos en los que el paciente no tiene una condición preexistente. En efecto, se trata de una expresión técnica que no incluye dentro de sí múltiples procedimientos que disten de ser asociables a un solo tipo de patologías, así como tampoco agrupa procedimientos quirúrgicos de niveles altamente desiguales en complejidad, riesgo y costo.

Pese a ello, la Sala no puede afirmar lo mismo de la univocidad de la intención de exclusión del mencionado procedimiento al hacer una lectura sistemática del contrato de medicina prepagada. Pues mientras que la cláusula sexta del formato excluye expresa y claramente la “*mamoplastia*” para todos los programas, en la cláusula cuarta relativa a servicios y cubrimientos, numeral 3.1, la entidad accionada manifiesta que “*cubrirá a partir del primer día del décimo tercer (13) mes de vigencia ininterrumpida del contrato, contada desde la fecha de iniciación del servicio para cada Usuario: (...) cirugía mamaria*”²⁸ (negrilla fuera del texto).

De manera general, la cirugía mamaria y la mamoplastia pueden ser consideradas como términos que pertenecen a la misma categoría de procedimientos quirúrgicos²⁹, ya que ambos tienen como fin intervenir el tejido mamario de las mujeres, aumentando o disminuyendo su volumen con fines estéticos o funcionales. Así las cosas, la mención simultánea en la cláusula de cobertura y en la de exclusión no permite determinar con claridad cuál fue la intención real de la parte que redactó la forma del contrato. Esto significa que la cláusula de exclusión de la mamoplastia tiene un carácter *ambiguo* y que, por lo tanto, no le es oponible a la accionante.

El tratamiento que se hace de este tipo de procedimientos quirúrgicos relacionados con la modificación de los senos en el contrato de prestación de servicios de salud desarrollado por la entidad accionante tiene como efecto desconocer la buena fe contractual, pues impide que se determine con claridad cuáles son las exclusiones de los servicios de salud del

²⁸ Folio 36.

²⁹ En efecto, la mamoplastia de reducción también se conoce con el nombre de cirugía de reducción mamaria. Ver <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007405.htm>

programa de medicina prepagada antes de suscribir el plan. No puede afirmarse por ello que la accionante se adhirió al contrato contando para ello con información suficiente y transparente.

En consecuencia, la entidad accionada debe asumir la responsabilidad sobre la prestación del servicio quirúrgico requerido por la accionante. Ello es posible puesto que las cirugías mamarias están cubiertas por el plan de medicina prepagada a los usuarios que iniciaron el servicio por lo menos trece meses antes de la solicitud de la cirugía. En este caso, Coomeva Medicina Prepagada certificó que la accionante se encuentra activa dentro del plan de medicina prepagada desde 1998, esto es, desde hace más de diez años.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta Sala revocará las sentencias proferidas por el Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Manizales y el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Manizales. En su lugar, concederá el amparo del derecho a la salud y a la vida digna de Catalina Pérez López y, en atención a ello, ordenará a Coomeva Medicina Prepagada que, dentro del término de ocho (8) días contados a partir de la notificación de la presente providencia, programe y practique a la accionante el procedimiento “*mamoplastia conectora y A.P de todo el tejido reseado*” en los términos ordenados por el médico tratante adscrito a la entidad.

III. DECISIÓN

Con fundamento en las consideraciones expuestas en precedencia, la Sala Novena de Revisión de la Corte Constitucional, administrando justicia en nombre del pueblo y por mandato de la Constitución,

RESUELVE:

Primero. **REVOCAR** las sentencias proferidas por el Juzgado Quinto Penal Municipal con Funciones de Control de Garantías de Manizales el 4 de agosto de 2010, y por el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Manizales el 8 de septiembre de 2010, en relación con el asunto de la referencia. En su lugar, **TUTELAR** los derechos fundamentales a la salud y a la vida digna de Catalina Pérez López.

Segundo. En consecuencia, **ORDENAR** a Coomeva Medicina Prepagada S.A que, en el término de ocho (8) días contados a partir de la notificación de la presente providencia, programe y practique a su afiliada Catalina López Pérez el procedimiento “*mamoplastia conectora y A.P de todo el tejido reseado*”, en los términos ordenados por el médico tratante adscrito a la entidad.

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

Notifíquese, comuníquese, cúmplase e insértese en la Gaceta de la Corte Constitucional.

LUIS ERNESTO VARGAS SILVA
Magistrado Ponente

MARÍA VICTORIA CALLE CORREA
Magistrada

MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO
Magistrado
Ausente en comisión

MARTHA VICTORIA SÁCHICA MÉNDEZ
Secretaria