

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



**JUZGADO OCTAVO DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DEL DISTRITO JUDICIAL DE
BOGOTÁ D.C.**

ACCIÓN DE TUTELA

RADICADO: 11001-41-05-008-2024-10076-00

ACCIONANTE: MARIA ALEJANDRA CORTES AMEZQUITA

ACCIONADAS: COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.

SENTENCIA

En Bogotá D.C., a los nueve (09) días del mes de abril del año dos mil veinticuatro (2024), procede este Despacho judicial a decidir la Acción de Tutela impetrada por **MARÍA ALEJANDRA CORTES AMEZQUITA**, quien pretende el amparo de los derechos fundamentales a la salud en conexidad con el derecho a la vida, a la integridad personal y a la dignidad humana, presuntamente vulnerados por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

RESEÑA FÁCTICA

Indica la accionante que suscribió el contrato de medicina prepagada No. 29014171 con **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, referente al Plan Zafiro Guía Premium, cuya vigencia inició el 15 de julio de 1998.

Que durante la ejecución del contrato fue diagnosticada con una enfermedad autoinmune denominada *LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)*.

Que, como consecuencia de los múltiples síntomas de la enfermedad, ha requerido pruebas y exámenes por parte de especialistas, los cuales se han llevado a cabo por parte de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**

Que, por motivos de fuerza mayor, no le fue posible realizar el pago correspondiente a los meses de noviembre y diciembre de 2023 y enero de 2024.

Que acudió a la entidad para realizar el pago de los meses adeudados, y se le informó que debía sufragar la suma de \$1.028.610, la cual pagó el 22 de febrero de 2024, emitiéndosele el recibo de caja No. 504842.

Que el 27 de febrero de 2024 presentó una petición a la accionada solicitando reactivar el contrato de medicina prepagada e informar el valor a pagar por los meses transcurridos desde la "cancelación".

Que el 07 de marzo de 2024 recibió respuesta negativa por parte de la entidad, bajo el argumento de que no se cumplían las condiciones establecidas para el otorgamiento de ese beneficio, sin informarle de qué condiciones se trataba.

Que requiere con *urgencia* unos controles por parte de dos médicos especialistas quienes han tratando su patología desde hace más de 15 años.

Que solicitó un certificado de vigencia y preexistencias, pero se le informó que el contrato de medicina prepagada había tenido vigencia hasta el 14 de septiembre de 2023, situación contraria a la realidad pues no se le notificó la terminación unilateral, y en cambio sí le cobraron las cuotas de octubre, noviembre y diciembre de 2023, y enero de 2024.

Por lo anterior, solicita el amparo de los derechos fundamentales y, en consecuencia, se ordene a **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** reactivar el contrato Zafiro Guía Premium No. 29014171.

CONTESTACIÓN DE LA ACCIÓN DE TUTELA

COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.

La accionada allegó contestación el 01 de abril del 2024, en la que manifiesta que la accionante estuvo afiliada a través del contrato No. 29014171, en el plan Zafiro Guía Premium, con inicio el 15 de julio de 1998 y finalización el 14 de septiembre de 2023.

Que autorizó y suministró a la accionante los servicios que le fueron ordenados por sus médicos tratantes, de conformidad con las coberturas del contrato de medicina prepagada, acordadas de manera libre y voluntaria por las partes.

Que su objeto es la contratación particular de servicios de salud que son financiados con cargo exclusivo a los recursos que pagan los clientes, por lo que no tiene obligación

constitucional o legal de cubrir los servicios de salud requeridos por quienes no tienen contratos activos.

Que para que una persona pueda afiliarse a un plan de medicina prepagada es necesario que esté vinculada al Plan de Beneficios en Salud, razón por la cual, para la prestación de servicios no cubiertos por el contrato de medicina prepagada, la usuaria puede acudir a su EPS.

Que la accionante se encuentra afiliada a ALIANSALUD E.P.S., siendo ésta la obligada a garantizar las prestaciones asistenciales cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud.

Que el contrato de medicina prepagada se deriva de la autonomía de la voluntad y se rige por las reglas del derecho privado y mercantil, lo que supone que el contrato legalmente celebrado es ley para las partes.

Que, además de pertenecer al régimen contributivo, la usuaria debía pagar una mensualidad para mantener el contrato de medicina prepagada, tal como lo prevén las cláusulas segunda, décima y vigésima.

Que la cláusula vigésimo primera establece que la renovación del contrato de medicina prepagada será automática, salvo en los casos de incumplimiento del contratante.

Que la accionante incurrió en incumplimiento contractual al no efectuar el pago de las cuotas exigidas por el plan voluntario de salud, circunstancia frente a la cual las cláusulas contractuales establecen la improcedencia de seguir prestando servicios de salud.

Que no está demostrado que la accionante hubiera invocado la acción de tutela para evitar un perjuicio irremediable, y que la afiliación activa en una EPS es garantía de que las prestaciones en salud que requiera serán cubiertas por la EPS.

Que el conflicto surgido entre las partes está relacionado con una controversia contractual, la cual deberá ser resuelta por la jurisdicción ordinaria.

Por lo anterior, solicita declarar improcedente la acción de tutela por no satisfacer el requisito de subsidiariedad.

CONSIDERACIONES

PROBLEMA JURÍDICO:

¿Es procedente la acción de tutela para amparar los derechos fundamentales a la salud en conexidad con el derecho a la vida, a la integridad personal y a la dignidad humana de la señora **MARIA ALEJANDRA CORTES AMEZQUITA** y, en consecuencia, para ordenar a **COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** reactivar el contrato de medicina prepagada Zafiro Guía Premium No. 29014171?

MARCO NORMATIVO

Conforme al Artículo 86 de la Constitución Política, la acción de tutela es un instrumento judicial de carácter constitucional, subsidiario, residual y autónomo, dirigido a facilitar y permitir el control de los actos u omisiones de todas las autoridades públicas y excepcionalmente de los particulares cuando éstos vulneren derechos fundamentales.

Esta acción constitucional puede ser interpuesta por cualquier persona que se encuentre en estado de subordinación o indefensión, a fin de obtener la pronta y efectiva defensa de los derechos fundamentales cuando ello resulte urgente para evitar un perjuicio irremediable, o cuando no exista otro medio de defensa judicial.

DERECHO A LA SALUD

El artículo 48 de la Constitución Política consagra la seguridad social y la define en los siguientes términos: *“es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley”*.

Por su parte, el artículo 49, respecto del derecho a la salud, señala que: *“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley (...)”*.

Al estudiar los complejos problemas que plantean los requerimientos de atención en salud, la Corte Constitucional se ha referido a sus facetas, una como *derecho* y otra como *servicio*

público a cargo del Estado¹. Cada una de estas expresiones implica un ejercicio de valoración particular, en el que se debe tener en cuenta el conjunto de principios que les son aplicables. Así, en cuanto a la salud como derecho, se ha dicho que la misma se relaciona con los mandatos de *continuidad, integralidad e igualdad*; mientras que, respecto a la salud como servicio, se ha advertido que su prestación debe atender a los principios de *eficiencia, universalidad y solidaridad*.

Al enfocarse en el estudio de la primera faceta, en la **Ley Estatutaria 1751 de 2015** el legislador le atribuyó a la salud el carácter de derecho fundamental autónomo e irrenunciable. De igual manera, estableció un precepto general de cobertura al indicar que su acceso debe ser oportuno, eficaz, de calidad y en condiciones de igualdad a todos los servicios, establecimientos y bienes que se requieran para garantizarlo, el cual se cumple mediante la instauración del denominado Sistema de Salud.

La Corte también ha destacado que el citado derecho se compone de unos elementos esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser. Estos elementos se encuentran previstos en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015, en los que se vincula su goce pleno y efectivo con el deber del Estado de garantizar su (i) disponibilidad, (ii) aceptabilidad, (iii) accesibilidad y (iv) calidad e idoneidad profesional.

Por otra parte, en lo que atañe a los principios que se vinculan con la faceta de la salud como servicio público, es preciso recurrir a lo previsto en el artículo 6 de la Ley 1751 de 2016, en donde se mencionan los siguientes: universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, progresividad, integralidad, sostenibilidad, libre elección, solidaridad, eficiencia, interculturalidad y protección de grupos poblacionales específicos.

EL CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

El Sistema General de Salud permite a los afiliados del régimen contributivo, además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, contratar servicios adicionales o complementarios, por virtud de lo dispuesto en el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, que sustituyó el artículo 169 de la Ley 100 de 1993.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 18 del Decreto 806 de 1998², se entiende por Plan Adicional de Salud (PAS) *“aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria”*, y el acceso a estos es de exclusiva

¹ Sentencias T-134 de 2002 y T-544 de 2002.

² Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

El artículo 19 ibidem y la jurisprudencia constitucional han catalogado tres tipos de PAS que pueden prestarse en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a saber:

(i) Planes de atención complementaria en salud (PAC)³, que son aquellos beneficios que comprenden actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el POS o expresamente excluidos de éste, o condiciones de atención diferentes, como por ejemplo, el ofrecer más comodidad y una completa red prestadora de servicios; (ii) Los planes de medicina prepagada, que se estipulan a través de contratos privados que se rigen por cláusulas determinadas y que se convierten en ley para las partes; y, (iii) Las pólizas de salud, que se rigen por las normas contractuales del seguro de salud respectivo y son expedidas por las compañías aseguradoras⁴.

Este tipo de beneficios presentan, entre otras, las siguientes características: (i) quienes lo adquieren deben estar en el régimen contributivo de salud (artículo 20); los servicios adquiridos se rigen por las cláusulas del contrato celebrado entre las partes; el usuario puede escoger si solicita la prestación del servicio a la EPS o al prestador del Plan Adicional de Salud (artículo 18); y *“solo se entienden excluidos los padecimientos del usuario que previa, clara y taxativamente⁵ se hayan señalado en las cláusulas del mismo o en sus anexos, sin que sea válido que con posterioridad la entidad pueda ampliar, unilateralmente, el catálogo de exclusiones⁶”.*

Sobre el contrato de medicina prepagada, debe indicarse que el artículo 1º del Decreto 1486 de 1997 lo define como *“El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme el 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.”* (Subrayas fuera del texto)

En consecuencia, la persona que contrate voluntariamente un plan de medicina prepagada deberá pagar de manera oportuna sus cuotas a la entidad prestadora del servicio, y ello le permitirá reclamar de ésta la totalidad de los servicios de salud ofrecidos y contratados, sin

³ Artículos 23 y 24 del Decreto 806 de 1998

⁴ Sentencia T-158 de 2010

⁵ Sentencia T-140 de 2009

⁶ Al respecto, la Corte Constitucional en sentencia T-348 de 2005, precisó que, en los contratos privados adicionales de salud, los contratantes deben cumplir con todo lo dispuesto en las cláusulas y no pueden ser obligados por otra parte a hacer lo que en ellas no está dispuesto, lo que significa que las empresas sólo están obligadas a suministrar medicamentos, tratamientos, utensilios, etc., previstos en los contratos suscritos con los usuarios. Así, concluyó que las exclusiones deben estar expresamente indicadas en los contratos, *“pues de lo contrario, lo no excluido se entiende debe ser atendido de manera integral por la entidad”.*

⁷ *“Por el cual se reglamenta el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto a la organización y funcionamiento de la Medicina prepagada, se modifica el Decreto 1570 de 1993 y se dictan otras disposiciones.”*

que las condiciones inicialmente pactadas puedan ser modificadas arbitraria e unilateralmente con el fin de liberarse o de no cumplir con las obligaciones pactadas⁸.

Frente a dichos contratos, la Corte Constitucional ha elaborado una serie de *subreglas* que resulta importante destacar. En primer lugar, ha establecido que, como se encuentran regulados y bajo el control e intervención del Estado, por corresponder a un servicio público, estos deben ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud⁹. En segundo lugar, que estos contratos se rigen los principios generales de los negocios jurídicos, entre ellos el de la buena fe, desde su inicio hasta su ejecución¹⁰. En tercer lugar, que es un contrato bilateral, de adhesión, de ejecución sucesiva, consensual, principal y aleatorio¹¹. Y, en cuarto lugar, que previo a su celebración, la empresa debe exigirle al afiliado la realización de completos y rigurosos exámenes de ingreso¹².

Respecto de este último punto, ha precisado que la finalidad del examen es establecer con exactitud las preexistencias y exclusiones respecto de las cuales no se dará cubrimiento médico alguno, entendiendo las primeras como *“toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas”*¹³, y las segundas como *“las patologías, procedimientos o exámenes diagnósticos específicos, no genéricos, que no son cubiertos por el plan”*¹⁴¹⁵.

PROCEDENCIA EXCEPCIONAL DE LA ACCIÓN DE TUTELA FRENTE A CONTROVERSIAS DERIVADAS DE CONTRATOS DE MEDICINA PREPAGADA

Conforme a la naturaleza subsidiaria que caracteriza a la acción de tutela, para su procedencia es necesario que el interesado haya agotado los medios de defensa judiciales que tenía a su alcance, a menos que estos no sean idóneos o eficaces, pues en este caso la protección será definitiva. De igual manera, podrá invocarse como mecanismo transitorio para prevenir la ocurrencia de un *perjuicio irremediable*, situación en la cual la protección tendrá lugar hasta que el juez natural adopte la decisión que corresponda.

Sobre este particular, es menester resaltar que, ante la eventualidad de presentarse un *perjuicio irremediable*, las características que según la Corte Constitucional deben

⁸ Sentencia T-745 de 2008

⁹ Sentencia T-660 de 2006.

¹⁰ Sentencia T-348 de 2005.

¹¹ Sentencia SU-039 de 1998.

¹² El artículo 21 del Decreto 806 de 1998.

¹³ El artículo 1° del Decreto 1222 de 1994, define qué se entiende por preexistencia en los contratos de medicina prepagada.

¹⁴ El artículo 2° del Decreto 1222 de 1994, indica que las 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 que 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”.

¹⁵ Sentencia T-158 de 2010.

comprobarse son la inminencia, la gravedad, la urgencia y el carácter impostergable del amparo que se reclama, en cada caso concreto. Así, por ejemplo en la Sentencia T-802 de 2013, se detalló cada uno de dichos presupuestos en los siguientes términos:

*“En primer lugar, el perjuicio debe ser **inminente** o próximo a suceder. Este exige un considerable grado de certeza y suficientes elementos fácticos que así lo demuestren, tomando en cuenta, además, la causa del daño. En segundo lugar, el perjuicio ha de ser **grave**, es decir, que suponga un detrimento sobre un bien altamente significativo para la persona (moral o material), pero que sea susceptible de determinación jurídica. En tercer lugar, deben requerirse **medidas urgentes** para superar el daño, entendidas éstas desde una doble perspectiva: como una respuesta adecuada frente a la inminencia del perjuicio, y como respuesta que armonice con las particularidades del caso. Por último, las **medidas de protección deben ser impostergables**, esto es, que respondan a criterios de oportunidad y eficiencia a fin de evitar la consumación de un daño antijurídico irreparable.”*

Particularmente, en lo que respecta a la procedencia de la acción de tutela para debatir controversias derivadas de contratos de medicina prepagada, la Corte ha indicado que, como su objetivo es brindar al usuario 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, las acciones pertinentes para ventilar tales discrepancias son las establecidas por las normas civiles y comerciales, a las cuales debe acudir en primer término el interesado¹⁶.

El anterior criterio ha sido sostenido de antaño por la Corte Constitucional, v. gr., en la Sentencia T-745 de 2008, en la que se resaltó:

*“Por lo anterior, es claro que la relación que surge entre la entidad prestadora del servicio de salud contratado a través de un plan de medicina prepagada y el respectivo usuario, es de carácter netamente contractual, por lo que el contrato suscrito entre ellos será ley para las partes obligándolos a cumplir con lo allí pactado¹⁷. Por ello, **cualquier controversia que se presente con ocasión de la ejecución del referido contrato de medicina prepagada deberá ser resuelta ante la jurisdicción ordinaria, pues se trata de establecer el alcance de los derechos y las obligaciones que surgen para las partes con ocasión de las cláusulas pactadas.**¹⁸*

Ha sido numerosa la jurisprudencia constitucional según la cual en el evento de que se presente una controversia contractual en materia de medicina prepagada, ella deberá ser resuelta, en principio, por la justicia ordinaria, sin que por ello la acción de tutela no deje de ser viable de manera excepcional, ya sea como mecanismo de protección definitivo o transitorio, decisión que dependerá de las circunstancias del caso.¹⁹”

¹⁶ Sentencias T-802 de 2013 y T-274 de 2020.

¹⁷ Sentencia T-290 de 1996.

¹⁸ En efecto, el contrato de servicios de medicina prepagada reúne las características de ser bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil

¹⁹ Ver entre otras las sentencias T-533 de 1996, T-250 de 1997, T-307 de 1997, SU-039 de 1998, T-704 de 2004

No obstante, la jurisprudencia constitucional también ha señalado que el juez de tutela está en posibilidad de conocer, de manera excepcional, controversias generadas en el ámbito de la medicina prepagada, en cuanto:

“(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’²⁰ 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*²¹ (Subrayas fuera del texto)

En conclusión, si bien los contratos sobre planes adicionales de salud están regulados por normas de derecho privado y existen mecanismos judiciales para reclamar su cumplimiento o resolución, la acción de tutela procede de manera excepcional cuando estos dispositivos no resultan idóneos o efectivos en la protección de derechos fundamentales, o no resultan oportunos para prevenir un perjuicio irremediable, si se tiene en cuenta que puede verse comprometido el estado de salud del usuario ante la interrupción de tratamientos médicos²².

CASO CONCRETO

La señora **MARÍA ALEJANDRA CORTÉS AMEZQUITA** interpone acción de tutela en contra de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, por considerar que ha vulnerado sus derechos fundamentales a la vida, a la integridad personal y a la dignidad humana, al negarse a *reactivar* el contrato de medicina prepagada No. 29014171.

La accionante afirma que suscribió el contrato con la entidad accionada y que, durante su ejecución, fue diagnosticada con *LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES)*, requiriendo atención médica por parte de especialistas, la cual ha sido brindada por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**; que por motivos de fuerza mayor no pudo realizar el pago

²⁰ Sentencias T-307 de 1997 y T-867 de 2007.

²¹ Ver sentencias T-158 de 2010, T-802 de 2013, T-412A de 2014, T-876 de 2014 y T-507 de 2017, entre otras.

²² Sentencia T-274 de 2020

correspondiente a los meses de noviembre y diciembre de 2023 y enero de 2024; que acudió a la entidad para que le informara el valor de los meses adeudados, y pagó la suma el 22 de febrero de 2024; que, pese a ello, la accionada negó la solicitud de reactivación que presentó el 27 de febrero de 2024. Resalta, que requiere de controles con los médicos que la han venido tratando, pero que se le ha negado el agendamiento bajo el argumento de que el contrato de medicina prepagada está inactivo.

Al contestar la acción de tutela, **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** aceptó haber suscrito con la accionante el contrato de medicina prepagada No. 29014171, plan Zafiro Guía Premium, el cual tuvo vigencia entre el 15 de julio de 1998 y el 14 de septiembre de 2023; y resaltó que éste finalizó por el incumplimiento en que incurrió la actora en el pago de las cuotas, lo cual tiene sustento en las cláusulas segunda, décima, vigésima y vigésimo primera. Agregó, que no tiene la obligación de cubrir servicios de salud requeridos por personas que no tienen contratos activos, y que la accionante tiene afiliación activa en el régimen contributivo con la E.P.S. ALIANSALUD, quien deberá garantizar las prestaciones asistenciales cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud. Por último, adujo que el conflicto está relacionado con una controversia contractual, la cual deberá ser resuelta en la jurisdicción ordinaria, al no haberse demostrado la existencia de un perjuicio irremediable.

Previo a realizar el correspondiente análisis, es necesario determinar los requisitos formales de procedibilidad de la acción de tutela, v. gr., inmediatez y subsidiariedad.

En cuanto a la **inmediatez**, encuentra el Despacho que, la comunicación a través de la cual **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** negó la solicitud de reactivación del contrato de medicina prepagada, efectuada por la accionante, data del 07 de marzo de 2024²³, mientras que la acción de tutela se presentó el 20 de marzo de 2024, término razonable.

Sin embargo, el Despacho considera que en este caso no se cumple el requisito de **subsidiariedad** para que la controversia surgida entre las partes se ventile por medio de la acción de tutela, por las razones que se pasan a exponer.

Como se esbozó en el marco normativo de esta providencia, para la procedencia del mecanismo constitucional es imprescindible acreditar que no se cuenta con otros medios de defensa judicial, o que, teniéndolos, éstos no resultan idóneos y eficaces para lograr la protección de los derechos fundamentales presuntamente vulnerados.

En este caso, atendiendo a los antecedentes expuestos, se logra advertir que la controversia surgida entre las partes es de naturaleza contractual, pues se contrae a la discusión sobre

²³ Página 14 del archivo pdf 01AccionTutela

el cumplimiento de las obligaciones adquiridas en un contrato de medicina prepagada, el cual, si bien tiene como objeto la prestación de un servicio público como lo es la salud, lo cierto es que tiene naturaleza comercial y, en tal virtud, le son aplicables las normas del derecho privado, por lo que se trata de un conflicto de competencia de la jurisdicción ordinaria civil.

De este modo, ante la existencia de otro mecanismo de defensa judicial, el asunto sólo podría ser analizado por vía de tutela si en el mismo se evidencia la vulneración o amenaza de alguna garantía de orden *iusfundamental* o la posible configuración de un perjuicio irremediable, pues la decisión que se adoptare en la vía ordinaria podría resultar “*tardía frente a la impostergable prestación del servicio de salud (...), máxime si se tiene en cuenta que puede verse comprometido el estado de salud del usuario ante la interrupción de tratamientos médicos.*”²⁴

Sin embargo, revisadas las diligencias, y atendiendo las particularidades del caso en estudio, no se evidencia que el debate contractual conlleve la afectación de los derechos fundamentales invocados por la accionante, siendo éste el insumo principal para que el Juez Constitucional pueda actuar y pronunciarse en aras de su salvaguarda o su restablecimiento.

En efecto, en las pruebas obrantes en el plenario aparece acreditado que la señora **MARIA ALEJANDRA CORTES AMEZQUITA** presenta afiliación activa al Sistema General de Salud en el régimen contributivo a través de la E.P.S. ALIANSALUD²⁵ y que ha sido diagnosticada con “*LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO*”, entre otras patologías.

La accionante refiere como *perjuicio irremediable* el hecho de que requiere con “*urgencia*” controles por parte de dos médicos especialistas que le han tratado “*desde hace más de 15 años*” la enfermedad autoinmune que padece: el médico nefrólogo Roberto d’ Charry, quien atiende en la Fundación Clínica Shaio, y el médico reumatólogo Rubén Mantilla; pero que, al agendar las citas médicas, **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** las niega por cuanto el contrato de medicina prepagada está inactivo.

Sin embargo, en el plenario no obra prueba alguna de que la accionante tenga ordenes médicas pendientes para consultas o tratamientos con dichos médicos especialistas.

En efecto, con la acción de tutela la actora aportó una copia de la historia clínica No. 1020736712, expedida por el Dr. Rubén Darío Mantilla Hernández, la cual da cuenta de la atención brindada por este especialista desde el 19 de diciembre de 2014 hasta el 16 de

²⁴ Sentencia T-274 de 2020

²⁵ Página 3 del archivo pdf 06ContestacionColmedica y archivo pdf 07ConsultaAdresAccionante

marzo de 2022²⁶. Esta última valoración data de hace más de 2 años y no se aportó ninguna orden reciente, efectuada por el médico especialista, que evidencie que en la actualidad la accionante se encuentre en un tratamiento médico o que se haya asignado alguna consulta de control, como ella lo informa.

De otro lado, no se aportó constancia de ninguna atención recibida por parte del médico nefrólogo Roberto d' Charry, ni alguna orden médica expedida por él que se encuentre pendiente.

Es decir, no hay prueba alguna de que la accionante se encuentre actualmente en un tratamiento prescrito por los referidos médicos, y el cual se haya interrumpido por la decisión de la accionada de no reactivar el contrato de medicina prepagada.

En todo caso debe resaltarse que, como el servicio que la accionante pretende corresponde a un plan adicional de salud, cuenta de manera permanente con la posibilidad de acudir a la EPS a la cual se encuentra afiliada, para que ésta le brinde la atención que los médicos tratantes dispongan, con cargo a los recursos del Sistema General de Salud. Sin embargo, la accionante no informa, ni demuestra, que haya solicitado atención médica ante la E.P.S. ALIANSALUD y que ésta le haya sido negada, dilatada, o que se hubiera dejado de prestar.

Conforme a lo anterior, infiere el Despacho que, la accionante acudió a la acción de tutela con la finalidad de que el incumplimiento contractual surgido por la mora en el pago de las cuotas del plan de medicina prepagada, así como las demás consecuencias contractuales que tal incumplimiento acarrea, fueran solucionados por esta vía excepcional haciendo una revisión e interpretación de las cláusulas contractuales a efectos de estudiar la posibilidad de reactivación del contrato, lo cual no es propio del trámite constitucional.

Si bien la actora aduce que la *cancelación* del contrato de medicina prepagada por parte de la accionada supone un desconocimiento de su derecho fundamental a la salud al no poder programar citas de control con los médicos especialistas, de los documentos aportados no es posible inferir la inminencia y *urgencia* que asegura tener, pues no cuenta con órdenes médicas vigentes que estén siendo desconocidas por **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.** y, en todo caso, la finalización del contrato no obedeció a una conducta arbitraria de ésta, sino que es consecuencia del incumplimiento de las obligaciones contractuales a cargo de la actora, circunstancia reconocida por ella misma.

Aunado a ello, se itera, al encontrarse la señora **MARIA ALEJANDRA CORTES AMEZQUITA** afiliada al régimen contributivo en salud, ha tenido y tendrá a su disposición, y en todo

²⁶ Páginas 16 a 32 del archivo pdf 01AccionTutela

momento, los servicios de la EPS a la cual se encuentra afiliada, y allí podrá acudir para obtener la atención médica que requiera para el tratamiento de su patología, de conformidad con los servicios y cubrimiento establecidos en el Plan de Beneficios en Salud.

En ese orden, de encontrarse en una situación de *urgencia*, la accionante hubiera podido solicitar ante su propia EPS una atención prioritaria, situación que en este caso no aparece acreditada y que ratifica la ausencia de vulneración del derecho fundamental a la salud, de manera que la controversia contractual presente en este asunto debe resolverse en su escenario natural ante la jurisdicción ordinaria en su especialidad civil y no por la vía constitucional.

En ese orden, se concluye la **improcedencia** del mecanismo constitucional, pues, al analizar las condiciones particulares de la señora **MARIA ALEJANDRA CORTES AMEZQUITA**, no se advierte que se encuentre en una situación de inminente riesgo que demande su protección por la vía residual de la acción de tutela y que le impida adelantar el mecanismo ordinario para la resolución de la controversia contractual pues, mientras ello sucede, la prestación del servicio de salud le será garantizado a través del Sistema General de Salud, sin que obren evidencias de que la EPS a la que se encuentra afiliada no le garantice la oportunidad, pertinencia y continuidad de los tratamientos médicos que ella requiere.

En suma, el Despacho considera que el mecanismo de amparo no procede para ventilar la controversia surgida entre las partes por cuanto:

- (i) La pretensión de la accionante se funda en un derecho de carácter contractual que no tiene trascendencia *iusfundamental*.
- (ii) No se percibe la ocurrencia de un perjuicio irremediable, o una situación que revista tal gravedad, o que ponga a la accionante en situación de indefensión, de manera que amerite la intervención del juez constitucional.

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO OCTAVO DE PEQUEÑAS CAUSAS LABORALES DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley:

RESUELVE

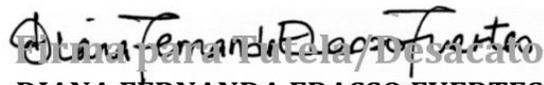
PRIMERO: DECLARAR IMPROCEDENTE la acción de tutela presentada por la señora **MARIA ALEJANDRA CORTES AMEZQUITA** en contra de **COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.**, conforme las razones expuestas en esta providencia.

SEGUNDO: Notifíquese a las partes por el medio más eficaz y expedito, advirtiéndoles que cuentan con el término de tres (3) días hábiles para impugnar esta providencia, contados a partir del día siguiente de su notificación.

La impugnación deberá ser remitida al email: j08lpcbta@cendoj.ramajudicial.gov.co

TERCERO: En caso que la presente sentencia no sea impugnada, por Secretaría remítase el expediente a la Corte Constitucional para que surta el trámite eventual de revisión. Una vez sea devuelta de la Corte Constitucional, tras haber sido excluida de revisión, archívese.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


OTIC para Tutela/Desacato
DIANA FERNANDA ERASSO FUERTES
JUEZ