



JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE BUGA, VALLE.

Acción de Tutela.

Radicado: 76-111-40-03 -001- 2020-00209-00

Accionante: JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO

Apoderada: DIANA MARCELA HUERTAS SANCHEZ

Accionado: SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S EPS

Providencia: SENTENCIA TUTELA 1ª INSTANCIA

FALLO DE TUTELA No. T-120

Guadalajara de Buga Valle, Veintiuno (21) de septiembre de dos mil veinte (2020).

1. OBJETO DE ESTE PRONUNCIAMIENTO

Procede el Despacho a emitir la sentencia que en derecho corresponda en el trámite de **ACCIÓN DE TUTELA** promovida por el señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**, a través de apoderada judicial **DIANA MARCELA HUERTAS SANCHEZ** contra la entidad **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD**, por la presunta violación a los derechos fundamentales a la salud, dignidad humana y continuidad del servicio.

2. LA PETICION DE TUTELA, FUNDAMENTOS DE ORDEN FÁCTICO Y ACTUACIÓN PROCESAL

2.1. HECHOS:

1. El señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO** solicitó afiliación al plan complementario de salud, el mes de junio de 2019, ante la entidad **S.O.S EPS**, del cual ya era cotizante desde el 1 de agosto del 2019. Al realizar la respectiva afiliación, se le fue entregado cuestionario donde establecía ninguna preexistencia patológica, asimismo, no se le practicó por parte de **S.O.S EPS**, examen que comprobara su estado de salud.
2. El día 10 de septiembre del 2019, el señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**, recibió servicios de cirugía de urgencia, por obstrucción intestinal, hospitalización y controles médicos de especialista en **FUNDACION HOSPITAL VALLE DEL LILI**, donde fue diagnosticado con preexistencia médica de **COLITIS ULCERATIVA**.



3. Posteriormente, el 15 de mayo del presente año, **S.O.S EPS** ordena la terminación unilateral del contrato de afiliación, estableciendo que el señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**, omitió dentro del cuestionario de afiliación, su patología preexistente de **COLITIS ULCERATIVA**, la cual fue reportada en la historia clínica de **FUNDACION HOSPITAL VALLE DE LILI**.
4. En consecuencia, el señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**, a través de apoderada judicial, la señora **DIANA MARCELA HUERTAS SANCHEZ**, solicita nota aclaratoria donde se informe y esclarezca lo manifestado por los especialistas de **FUNDACION HOSPITAL VALLE DEL LILI** con respecto a la supuesta patología que se le fue diagnosticada al señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**, puesto que, según lo manifestado por el accionante, nunca había sido reportado con dicha preexistencia médica, a lo cual **FUNDACION VALLE DEL LILI** por medio de correo electrónico, envía respuesta de nota aclaratoria sobre el error cometido en historia clínica del accionante y procede con la respectiva corrección
5. Por ende, se procedió a radicar derecho de petición ante **S.O.S EPS**, solicitando reactivación de los servicios complementarios, dado que, según nota aclaratoria de **FUNDACION HOSPITAL VALLE DEL LILI**, incurrieron en un error con respecto a la supuesta preexistencia de la patología de **COLITIS ULCERATIVA**, dando como respuesta, la imposibilidad en la reactivación del servicio complementario, reiterando la falta a la verdad en el cuestionario de afiliación, en relación a su estado de salud por parte del señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**, sin tener en cuenta nota aclaratoria de **FUNDACION HOSPITAL VALLE DEL LILI**.

2.2. PRETENSIONES:

Con fundamento en los anteriores hechos, solicita la accionante se tutelen los derechos fundamentales a la salud, dignidad humana y continuidad del servicio, en consecuencia, se ordene a **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S EPS**, reactive los servicios del plan complementario de salud del señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**, para así continuar con su tratamiento, citas con especialistas y exámenes médicos que llevaba realizando, y que actualmente se encuentran cancelados.

2.3. ACONTECER PROCESAL.

Previo reparto corresponde a este estrado judicial conocer la presente acción de tutela. Verificada la misma y dado que cumplía los requisitos básicos, fue admitida mediante auto interlocutorio No. 964 del 9 de septiembre de 2020, disponiéndose, entre otros, la vinculación de la entidad **FUNDACION HOSPITAL VALLE DEL LILI** y **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, con quienes se surtió la notificación a través de correo electrónico, concediéndoles un término de dos (02) días para ejercer



su derecho de defensa.

La entidad accionada, **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD**, a través de su apoderada judicial **KAREN VANESSA SALDAÑA LIBREROS**, expone que es improcedente de dicha acción, al no ser esta el mecanismo idóneo, conforme lo determina la constitución y la norma.

Es así, como la misma norma, Constitución Política de Colombia en su Artículo 86 y a su vez el Decreto 2591 de 1991, en su artículo 6° indica que la acción de tutela será procedente cuando, no exista otro medio de defensa y siendo las controversias generadas de manera contractual deberán resolverse de manera indicada en el contrato (jurisdicción ordinaria).

Por ende, **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD SOS EPS** solicita declarar improcedente la acción de tutela en referencia por las razones expuestas anteriormente.

La entidad vinculada **FUNDACION HOSPITAL VALLE DEL LILI** manifiesta que el señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO** ha sido atendido en su institución en varias oportunidades, siendo su última atención el día 24 de septiembre de 2020 por la especialidad de Psiquiatría. Por cual solicita que su entidad al no tener ningún otro tipo de relación con el accionante, y no ser determinante en los hechos sujeto de la acción de tutela, solicitan al despacho desvinculación de la presente acción de tutela.

Finalmente, la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** solicita la desvinculación de toda responsabilidad dentro de la presente acción de tutela teniendo en cuenta que la violación de los derechos que se alegan como conculcados, no deviene de una acción u omisión atribuible a dicha entidad, lo que impone la declaratoria de falta de legitimación en la causa por pasiva frente a esta Entidad.

3. CONSIDERACIONES:

3.1 DECISIONES SOBRE VALIDEZ Y EFICACIA DEL PROCESO.

3.1.1 Competencia:

Conforme el artículo 37 del decreto 2591 de 1991, el decreto 1382 de 2000, Decreto 1983 de 2017 que modifica el Decreto 1069 de 2015 (Decreto Único del Sector Justicia y del Derecho), en este caso concreto, se cumple con dichas determinaciones, puesto que no solo la situación que se indica de vulneración de los derechos invocados se surte en esta localidad, sino que además el domicilio de la parte accionante se da en este municipio, de igual manera por la naturaleza jurídica de la entidad accionada le



corresponde conocer a este juzgado.

3.1.2 Eficacia del proceso:

En el presente caso se encuentran reunidos los requisitos señalados para emitir sentencia, consistentes en que la acción de tutela se presentó en debida forma, la capacidad para ser parte está demostrada para ambos extremos, pues a la accionante le asiste el derecho para presentar acciones de tutela, como quiera que está afectada con la actuación de la accionada, y ésta a su vez lo está, por pasiva, dado que presuntamente es la que está afectando con su omisión el derecho reclamado por la accionante.

Por otra parte, la entidad que funge como demandada es de índole particular que presta los servicios públicos de salud y de seguridad social y que, en todo caso, forma parte del Sistema General de Seguridad Social, por lo que contra ella procede la acción de tutela.

3.2 PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER:

El Tema a Decidir, gira en torno a si ¿Hay vulneración o amenaza a los derechos fundamentales a la salud, dignidad humana y continuidad del servicio, del señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**, por parte de **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S EPS** al haber dado ésta, por terminado de forma unilateral, el contrato de afiliación al plan complementario de salud, estableciendo que el afiliado omitió dentro del cuestionario de afiliación, su patología preexistente de **COLITIS ULCERATIVA**, la cual ahora fue reportada en la historia clínica de **FUNDACION HOSPITAL VALLE DE LILI**, en consecuencia no cuenta con los servicios para la continuación de su tratamiento, citas con especialistas y exámenes médicos que llevaba realizando, sin tenerse en cuenta la nota aclaratoria que luego hiciera dicha Fundación Hospitalaria donde señala haber incurrido en error frente a la preexistencia de la patología reportada?

3.3 TESIS QUE SOSTENDRÁ EL DESPACHO:

El Despacho sostendrá la tesis que, en el presente caso, es procedente la acción de tutela para amparar los derechos fundamentales solicitado por el señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO** mediante apodera judicial, toda vez conforme los hechos particulares del caso, este medio resulta idóneo y efectivo para la protección del derecho a la salud y derivados, que están siendo vulnerados por el Servicio Occidental de Salud EPS, -Medicina Prepagada-, al haber cesado el convenio de plan complementario de salud celebrado con el actor, sin justificación valedera, puesto que no se ha acreditado la configuración de la causal contractual por omisión o falsedad sobre su estado de salud y que refiere antecedente patología colitis ulcerativa desde los 11 años de edad, y que se encuentra desvirtuada con la nota correctiva de la IPS;



en consecuencia, bajo los principios de buena fe y confianza legítima se debe ordenar a la entidad a seguir con todos los tratamientos, controles, servicios y procedimientos por el padecimiento sufrido por la paciente a raíz de la cirugía realizada por obstrucción intestinal y las enfermedades que se puedan causar como derivación de ésta, es decir, tal como estaba pactado al inicio del contrato.

3.4 PREMISAS QUE SOPORTAN LA TESIS DE LA DESPACHO:

3.4.1 Normativas:

1º. El preámbulo de la Constitución Política de Colombia establece que la Carta fue sancionada y promulgada con el fin de asegurar a los integrantes del Pueblo de Colombia unos derechos básicos entre los cuales se encuentran la vida, la justicia, la igualdad y el conocimiento dentro de un marco jurídico, democrático y participativo, garantizando un orden político, económico y social justo.

2º. Como principios fundamentales del Estado, la Carta Magna consagra, en su artículo 2:

*“Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y **garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución**; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.*

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.”. (Subrayado y negrilla fuera de texto original).

3º. Para garantizar esos derechos, se instituyó como mecanismo idóneo la acción de tutela, pero que ha sido debidamente regulada para su utilización y que debe sopesarse frente a otros medios judiciales ordinarios ya existentes. Al respecto, ha señalado la Corte:

3.1. “El artículo 86 Superior consagra que cuando se encuentre amenazado un derecho fundamental la acción de tutela procede como medio de defensa judicial para su protección inmediata, respecto de cualquier acción u omisión que provenga de una autoridad pública o de un particular (Sentencia T-262 de 2012). No obstante, de manera previa el juez de tutela tiene la tarea de evaluar si es procedente el amparo. Así, en caso de no disponer de un medio de defensa idóneo la tutela será viable de manera definitiva y en el evento de que se busque prevenir un perjuicio irremediable la acción



procederá como mecanismo transitorio (Ibídem.).

3.2. *Asimismo, este Tribunal ha considerado que la acción de tutela es procedente aún ante la presencia de un mecanismo ordinario de defensa, cuando:*

“(i) Los medios ordinarios de defensa judicial no son suficientemente idóneos y eficaces para proteger los derechos presuntamente conculcados; (ii) aún cuando tales medios de defensa judicial sean idóneos, de no concederse la tutela como mecanismo transitorio de protección, se produciría un perjuicio irremediable a los derechos fundamentales; y (iii) el accionante es un sujeto de especial protección constitucional (personas de la tercera edad, personas discapacitadas, mujeres cabeza de familia, población desplazada, niños y niñas), y por lo tanto su situación requiere de particular consideración por parte del juez de tutela” (Sentencia T-282 de 2008).

3.3. *Debe observarse a la hora de evaluarse los medios idóneos o eficaces, que el requisito de subsidiariedad está encaminado a restringir el uso de la acción de tutela como mecanismo principal, en la medida que el numeral 1º del artículo 6º del Decreto Estatutario 2591 de 1991 dispone la improcedencia cuando existan otros medios de defensa judiciales, salvo se advierta la falta de eficacia, atendiendo las circunstancias en que se encuentre el solicitante. De igual modo, el artículo 9º, ejusdem, establece que el agotamiento de la vía gubernativa no impide la posibilidad de acudir de manera directa a la acción de tutela. Asimismo, esta Corporación decantó en la Sentencia SU-377 de 2014, que la sola existencia de otro mecanismo judicial no constituye una razón suficiente para declarar la improcedencia, sino que el juez debe evaluar la posible eficacia de protección del instrumento ordinario en las circunstancias específicas del caso examinado (En la misma línea, ver la sentencia T-417 de 2016).*

3.4. *De otra parte, debe precisarse que la configuración de un perjuicio irremediable debe ser analizada atendiendo las circunstancias de cada caso y de manera análoga a como ocurre cuando existen otros mecanismos judiciales de defensa. Se trata de una regla general que se explica en sí misma, por cuanto, no todo daño se convierte autónomamente en irreparable.*

Por lo anterior, esta Corporación ha reiterado las características que definen el perjuicio irremediable. En Sentencia T-328 de 2017 esta Sala de Revisión indicó que: “este se presenta `cuando el peligro que se cierne sobre el derecho fundamental es de tal magnitud que afecta con inminencia y de manera grave su subsistencia, requiriendo por tanto de medidas impostergables que lo neutralicen´. Al respecto, la Corte ha establecido que para que se configure el perjuicio irremediable, éste debe ser: `(i) inminente, es decir, por estar próximo a ocurrir; (ii) grave, por dañar o menoscabar material o moralmente el haber



jurídico de la persona en un grado relevante; (iii) urgente, que requiera medidas urgentes para conjurarlo; y (iv) que la acción de tutela sea impostergable a fin de garantizar el adecuado restablecimiento del orden social justo en toda su integridad”.

Sin embargo, algunos grupos con características particulares pueden llegar a sufrir daños o amenazas que, aun cuando para la generalidad de la sociedad no constituyen perjuicio irremediable, sí lo son puesto que por encontrarse en condiciones de debilidad o vulnerabilidad pueden tener repercusiones de mayor trascendencia que justifican un “tratamiento diferencial positivo” (Sentencia T-177 de 2015), y que amplía a su vez el ámbito de los derechos fundamentales susceptibles de protección por vía de tutela. De cualquier manera, los criterios que definen si un perjuicio es irremediable deben guardar estrecha relación con los aspectos sustanciales por los cuales se les concede genéricamente esa especial protección. En otras palabras, no todos los daños constituyen un perjuicio irremediable por el simple hecho de tratarse de sujetos de trato preferencial.

3.5. *En lo referido a que el accionante sea un sujeto de especial protección, la Corte ha estimado que en virtud de la necesidad de garantizar el amparo constitucional reforzado de que gozan y con el objeto de admitir la viabilidad y prosperidad de la acción, “el juez de tutela debe considerar con particular atención las circunstancias de debilidad manifiesta e indefensión en las que se encuentra el titular de los derechos invocados” (Sentencia T-282 de 2008). Es así como en casos de alto contenido económico, como los pensionales, este Tribunal ha admitido que proceda la acción de tutela al reconocer en el accionante a un sujeto de especial protección constitucional, que en la mayoría de procesos pensionales es un adulto mayor.*

En la Sentencia T-318 de 2016 esta Corporación manifestó que se: “ha admitido la procedencia de la acción de tutela para el reconocimiento de pensiones, cuando el titular del derecho en discusión es un sujeto de especial protección constitucional o que por su condición económica, física o mental se encuentra en situación de debilidad manifiesta, lo que permite otorgarle un tratamiento especial y preferente respecto de los demás miembros de la sociedad, dado que someterlo a los rigores de un proceso judicial puede resultar desproporcionado y altamente lesivo de sus garantías fundamentales”.

3.6. *Conforme al Texto Superior y la jurisprudencia constitucional, los adultos mayores hacen parte de la categoría de sujetos especialmente protegidos por el ordenamiento jurídico. Al poderse presentar situaciones de exclusión social que repercuten negativamente en el acceso a oportunidades de orden social, económico y cultural, se justifica una diferenciación positiva*



para suprimir las barreras que se opongan a la igualdad material. La supresión de dichas barreras no se limita al derecho sustancial, sino que también se aprecia en los mecanismos del derecho procesal que deben estar dispuestos y asequibles frente a los derechos de los adultos mayores.¹

“4º. La procedencia excepcional de la acción tutela en medicina prepagada. Reiteración de jurisprudencia (Se reitera las consideraciones expuestas por esta Sala en la Sentencia T-876 de 2014. Asimismo, se reseña lo expuesto en las Sentencias T-412A de 2014, T-392 de 2014, T-346 de 2014, T-802 de 2013, T-158 de 2010, T-591 de 2009, T-140 de 2003, T-795 de 2008, T-765 de 2008, T-636 de 2008, T-196 de 2007, T-660 de 2006 y T-731 de 2004).

41.El amparo constitucional contra particulares procede cuando aquellos estén encargados de la prestación del servicio público de salud y transgredan o pongan en riesgo los derechos fundamentales, de conformidad con el artículo 86 Superior y el artículo 42.2 del Decreto Estatutario 2591 de 1991. Como se indicó, la Corte ha reiterado que este mecanismo constitucional es residual y subsidiario, de manera que solo puede ser invocado cuando existiendo una vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, no concurra una instancia judicial idónea y eficaz para obtener la protección o 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.

42.Ahora bien, los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden contratar planes adicionales de salud, como el de medicina prepagada, en virtud de lo dispuesto en numeral 169.2 del artículo 37 de la Ley 1438 de 2011.

43 Puntualmente, respecto de la procedibilidad de la tutela para debatir controversias derivadas de contratos de medicina prepagada (Sentencias T-412A de 2014 y T-802 de 2013, entre otras), **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”** (Sentencia T-412A de 2014), **todo litigio que surja en torno a dicha temática deberá ser adelantado de conformidad con las normas civiles y comerciales vigentes.**

44.No obstante, la jurisprudencia constitucional ha determinado que las controversias suscitadas en relación con este Plan Adicional en Salud 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’ (Cfr. T-867 de 2007 y T-307 de 1997) 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” (Sentencias T-412A de 2014 y T-158 de 2010).

45 En sentido similar, en la Sentencia T-392 de 2014 se indicó que “tratándose de la afectación de derechos fundamentales, el juez de tutela, atendiendo a los hechos particulares de un caso, puede entrar a analizar el contenido, la interpretación o el cumplimiento de un contrato determinado, y puede adoptar medidas tendientes a la protección de los derechos fundamentales vulnerados, de manera permanente o de manera transitoria, dependiendo de la claridad de los hechos alegados y de si se requiere el desarrollo de un proceso judicial específico en la jurisdicción correspondiente” (Sentencia T-089 de 2005). Por ello, en numerosas decisiones esta Corporación ha precisado que el amparo es procedente excepcionalmente como consecuencia del desbordamiento de la autonomía, libertad o igualdad contractuales y en perjuicio del usuario de salud, o en el evento que se violen o amenacen sus derechos fundamentales (Sentencias T-765 de 2008, T-196 de 2007 y T-660 de 2006). Ello atendiendo que “las actuaciones destinadas a garantizar una prestación eficiente del servicio de medicina prepagada deben adecuarse a los parámetros constitucionales que consagran la garantía de la prestación del servicio público de salud y la protección de los derechos a la vida, la salud, integridad personal y dignidad humana de los individuos” (Sentencia SU-039 de 1998).

En consecuencia, no obstante la jurisdicción civil o comercial es la competente para conocer de los conflictos suscitados en el marco de las cláusulas pactadas, ante la ineficacia de los medios ordinarios de defensa



puede proceder la tutela excepcionalmente “cuando la celebración o ejecución de estos contratos involucra la efectividad y eficacia de derechos fundamentales” (Sentencias T-591 de 2009, T- 140 de 2009 y T-636 de 2008), debido a que “(e)n efecto, se tiene que las acciones ordinarias, además de ser inútiles y tardías frente a la necesidad apremiante de los afectados de recibir atención médica, se dirigen prioritariamente a la recuperación económica del servicio, por lo que las personas que requieren de un servicio concreto de salud, no cuentan con otro mecanismo diferente a la acción de tutela para lograr el amparo de pretensiones de esta índole” (Sentencias T-795 de 2008 y T-533 de 1996).

46 En suma, la solicitud de amparo constitucional se torna, en general, 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 mecanismos propios 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 de amparo procederá excepcionalmente bajo las condiciones establecidas en la jurisprudencia constitucional, así como en atención a la calidad del sujeto de especial protección constitucional que reclama la protección de sus derechos fundamentales.”¹

“5°. Los derechos fundamentales a la salud (principio de continuidad) y al mínimo vital. Reiteración de jurisprudencia (Se reiteran las consideraciones expuestas por esta Sala en la Sentencia T-193 de 2017. Asimismo, se reseña lo expuesto en las Sentencias T-678 de 2015, T-876 de 2014 y T-412A de 2014).

(...)

5.4. De acuerdo con lo expuesto, la salud tiene carácter autónomo y la doble connotación de derecho fundamental y servicio público. Bajo este entendido, y atendiendo a la dimensión de la salud como un servicio público, todas las personas deben poder acceder a la promoción, protección y recuperación de la salud, y al Estado le corresponde organizar, dirigir, reglamentar y garantizar su prestación de conformidad con los principios de eficiencia, equidad, pro homine, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, libre elección, sostenibilidad, eficiencia y solidaridad, conforme a la Ley Estatutaria de Salud y la Constitución Política (Sentencia T-678 de 2015). Esta Corporación ha sido reiterativa al momento de determinar que los

¹ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-507 de 2017. M.P.: IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO.



derechos fundamentales de todo ser humano son universales, inalienables, indivisibles e interrelacionados y, por lo tanto, su goce efectivo debe ser garantizado.

5.5. *Un principio de especial importancia en materia de la prestación del servicio de salud es el de continuidad. Este de acuerdo con el artículo 6º mencionado, instituye que: “[l]as personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas”. Conforme a lo manifestado por esta Sala en la Sentencia T-606 de 2016, “el principio de continuidad en la prestación de servicios de salud responde no solo a la necesidad de los usuarios de recibir tales servicios, sino también a los postulados del principio de buena fe y de confianza legítima contemplados en el artículo 83 en el texto Superior”. Ahora bien, dicho criterio de necesidad se refiere, de acuerdo con la jurisprudencia de esta Corporación (Ver Sentencias T-610 de 2014, T-438 de 2007 y T-170 de 2002), a “aquellos tratamientos o medicamentos que de ser suspendidos implicarían la grave y directa afectación de su derecho a la vida, a la dignidad o a la integridad física. En este sentido, no sólo aquellos casos en donde la suspensión del servicio ocasione la muerte o la disminución de la salud o la afectación de la integridad física debe considerarse que se está frente a una prestación asistencial de carácter necesario. La jurisprudencia ha fijado casos en los que desmejorar inmediata y gravemente las condiciones de una vida digna ha dado lugar a que se ordene continuar con el servicio”.*

5.6. *En ese sentido, el principio de continuidad exige un comportamiento determinado para las empresas que prestan servicios de salud. Estas deben garantizar al usuario: (i) los tratamientos e insumos necesarios frente a todas las etapas de determinado diagnóstico; y (ii) continuidad en las condiciones que se le han venido prestando, haciendo injustificable una interrupción en la prestación del servicio dirigido a una persona cuya debilidad es manifiesta.”²*

“6º. El alcance de los contratos de medicina prepagada.

6.1 La medicina prepagada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSS (Se reseñan algunas consideraciones de las Sentencias T-140 de 2009, T-795 de 2008, T-745 de 2008, T-654 de 2008, T-724 de 2005, T-731 de 2004 y C-274 de 1996).

6.1.1 *El artículo 48 de la Constitución precisa que la seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, contemplando entre estas*

² CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-507 de 2017. M.P.: IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO



últimas a aquellas que ofrecen planes de medicina prepagada (Sentencia T-745 de 2008). A estas la Corte Constitucional las definió en la Sentencia C-274 de 1996 como “empresas que prestan el servicio público de salud, y cuya prestación se encuentra conexas a la condición de actividad económica de interés social, sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado el cual precisará los fines, alcances y límites de tal servicio, a través de la Superintendencia Nacional de Salud”.

La Corte en Sentencia T-236 de 2003 indicó que: “(l)a norma se orienta a que quienes hayan contratado planes adicionales de salud no queden desprotegidos ante aquellos riesgos que, por cualquier motivo, no sean cubiertos por los planes de medicina prepagada. Es decir, si el contratista no cuenta con un plan de salud que atienda sus requerimientos básicos, carecería de sentido un plan adicional (...) De allí que ese régimen le impusiera a cada entidad el deber de verificar la efectiva afiliación al POS de las personas que suscribieran los contratos de medicina prepagada pues no se trataba sólo del cumplimiento de una formalidad para acceder a un plan adicional de salud sino de una exigencia razonable enmarcada en la necesidad de prever un marco integral de protección en salud para el suscriptor de un plan adicional”.

De lo anterior se puede colegir que la importancia constitucional del POS es mucho mayor que la de los planes adicionales, ya que esta Corte en más de una oportunidad ha procedido a garantizar el derecho a la salud de personas que estando adscritas a un plan voluntario no lograron la protección integral y directa de tal garantía frente a las entidades aseguradoras. En ese sentido, el hoy llamado Plan de Beneficios goza de una importancia fundamental para los derechos de todos los usuarios, puesto que tiene un carácter de integralidad que los mencionados planes adicionales no tienen.

6.1.2 El propósito del Sistema General de Seguridad Social en Salud fue crear las condiciones propicias para lograr el acceso de toda la población a los distintos niveles de atención en salud, con arreglo a los principios destacados en el punto

5.5 de esta providencia. Hoy, los afiliados a este sistema cuentan con un plan de beneficios, “(a)demás, pueden contratar con Planes Adicionales de Salud denominados P.A.S., que según el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, resultan ser un conjunto de beneficios opcionales al POS, contratados de manera voluntaria, que garantizan una mayor atención frente a las actividades, procedimientos o intervenciones de hotelería o tecnología propuestas por el Plan Obligatorio. Los P.A.S. pueden ser de tres tipos: planes de atención complementaria en salud, planes de medicina prepagada y pólizas de salud” (Sentencia T-140 de 2009).

6.1.3 Lo anterior debido a los principios de universalidad que tiene como fin



que el sistema garantice la protección de todas las personas y de integralidad que pretende la cobertura de todas las contingencias que afecten la salud de la población. Para dar cumplimiento a estos el legislador estableció la obligación de afiliar a toda la población a un plan obligatorio, hoy denominado de beneficios, en igualdad de condiciones. Ahora bien, ha explicado la Corte que “existen ciertas exclusiones en materia de procedimientos, medicamentos y otra serie de servicios que corresponde financiar directamente a los usuarios del sistema. Para atenuar tales limitaciones el legislador previó la creación de los denominados Planes Adicionales de Salud, definidos por el artículo 18 del decreto 806 de 1998 en los siguientes términos: `Se entiende por Plan de Atención Adicional aquel conjunto de beneficios opcionales y voluntarios, financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria (...)’” (Sentencia T-795 de 2008). Sin embargo, debe reiterarse que el POS, en principio, debe cubrir todas las necesidades fundamentales del usuario, incluyendo los servicios y procedimientos requeridos y ordenados por el médico tratante para solventar el padecimiento de cualquier enfermedad, sin perjuicio de exclusiones justificadas como los procedimientos estéticos.

Así lo dispuso esta Corte en Sentencia T-181 de 2004, en la que indicó que “(l)os contratos de medicina prepagada como especie de los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.), se encuentran instituidos en el ordenamiento legal colombiano con el objeto de brindar a los usuarios del servicio de salud, una atención complementaria a la ofrecida de manera general por las Empresas Promotoras de Salud (...) Así, el usuario que tiene la capacidad económica para acceder voluntariamente al pago de una protección mayor en salud, -respecto de sí mismo y su núcleo familiar- contrata de manera privada con una entidad de medicina prepagada para acceder a servicios de salud, que se sugieren como de mayor calidad o cobertura” (Ver también la Sentencia T-654 de 2008).

6.1.4 En el caso de los planes de medicina prepagada, los artículos 169 de la Ley 100 de 1993 – modificada por la Ley 1438 de 2011- y 18, 19 y 20 del Decreto 806 de 1998, junto con los Decretos 1570 de 1993 - modificado por el Decreto 1486 de 1994- y 1222 de 1994, regulan su régimen legal. El numeral 1º del artículo 1º del Decreto 1570 de 1993 -modificado-, indica que la medicina prepagada es el sistema organizado y definido por las entidades autorizadas por la ley, “para la gestión de la atención médica, y la prestación de los servicios de salud y/o atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado”.

En ese sentido, la Sentencia T-699 de 2004 indicó que los dos supuestos fundamentales que gobiernan la medicina prepagada son: “(1) El ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada dentro del marco



constitucional y legal; y (2) la prestación del servicio público de salud (Cfr. Sentencia C-274 de 1996), lo cual exige la intervención, vigilancia y control del Estado, a través de la Superintendencia Nacional de Salud, para precisar sus fines, alcances y límites (Cfr. Sentencia SU-039 de 1998)". (Sentencia T-699 de 2004).

Explica la Corte en la Sentencia T-140 de 2009 que "la medicina prepagada resulta ser un Plan Adicional de Atención en salud que hace parte del sistema de seguridad social en salud y que se suministra, dentro de un esquema de contratación particular y voluntaria, con recursos distintos de las cotizaciones obligatorias de la seguridad social. El usuario que tiene la capacidad económica para acceder voluntariamente al pago de una protección mayor en salud, -respecto de sí mismo y su núcleo familiar-, contrata entonces de manera privada con una entidad de medicina prepagada, el acceso a servicios de salud, que se sugieren como de mayor cobertura o calidad, frente al plan básico (P.O.S.) entregado por las E.P.S". Adicionalmente, se trata de una actividad que maneja recursos captados del público y, por tanto, se encuentra bajo el control y vigilancia del Estado a través de la Superintendencia Nacional de Salud, tal y como lo establece el numeral 15 del artículo 7 del Decreto 2462 de 2013, que precisa las funciones del Despacho del Superintendente.

En ese sentido, corresponde a esta entidad garantizar que dichas empresas sean idóneas, sin importar la naturaleza contractual de la relación que las una con el usuario del servicio de salud. Asimismo, le corresponde a la autoridad asegurar que se siga la normatividad vigente y la Constitución Política, así como toda disposición relativa al derecho a la salud, cuya garantía debe guiar toda decisión y determinación de estas empresas, ya que se trata de su objeto social y legal.

Asimismo, este Tribunal destacó ciertas características de los servicios de medicina prepagada: i) se encuentran sujetas a la inspección, vigilancia y control del Estado; ii) las disposiciones constitucionales relativas al derecho a la salud deben ser atendidas en la ejecución de los contratos; y iii) la acción de tutela procede excepcionalmente para la solución de controversias contractuales, como se expuso previamente en esta providencia.

6.1.5 Ahora bien, este tema ha sido visto por la doctrina como una forma clásica de aseguramiento privado, pero a partir de estudios particulares ha sido posible establecer que los contratos de medicina prepagada tienen un importante impacto económico en el marco del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia (Al respecto ver: Vélez, Claudia Marcela. La salud en Colombia: Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Penguin Random House Grupo Editorial Colombia, Bogotá 2016).



6.1.6 Por consiguiente, el Sistema de Seguridad Social en Salud tiene una filosofía de cubrimiento integral a todas las personas residentes en Colombia, a través del plan de beneficios que garantizan las EPS. Dicho plan contiene servicios, procedimientos y medicamentos que ofrecen una cobertura esencial y necesaria para garantizar la integridad del ser humano. Ahora bien, el legislador también creó los llamados Planes Adicionales de Salud, en su especialidad de contratos de medicina prepagada, para que aquellas personas que, de manera voluntaria, acuerden con las EPS o con otras entidades especializadas, mayores beneficios médicos asistenciales a los ya establecidos en el régimen general, puedan hacerlo. Al igual que las EPS, las empresas que presten dichos planes voluntarios deben seguir el ordenamiento y los principios que rigen el servicio público en salud.”³

6.2 Naturaleza del contrato de medicina prepagada (Se reseñarán algunas consideraciones de las Sentencias T-678 de 2015, T-963 de 2014, T-392 de 2014, T-158 de 2010, T-661 de 2009, T-591 de 2009, T-140 de 2009, T-196 de 2007, T- 1217 de 2005, T-1012 de 2005 y SU-1554 de 2000).

6.2.1 La naturaleza jurídica de la relación entre empresa y usuario es de carácter contractual, lo cual supone, que le son aplicables las normas pertinentes de los códigos Civil y de Comercio. Luego, “como en cualquier contrato legalmente celebrado, el de medicina prepagada es una ley para los contratantes que por él se obligan (Cfr. Sentencia T-290 de 1996)” (Sentencia T-1217 de 2015).

De acuerdo con el artículo 6º del Decreto 1570 de 1993 y la Sentencia T-196 de 2007, los contratos de medicina prepagada pueden incluir la prestación de servicios de: i) promoción de la salud y prevención de la enfermedad; ii) consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica; iii) hospitalización; iv) urgencias; v) cirugía; vi) exámenes diagnósticos y vii) odontología, ya sea por la prestación en forma directa, a través de profesionales de la salud o instituciones de salud adscritas o a través de la libre elección por parte del usuario.

6.2.2 Ahora bien, la Corte concluyó en Sentencia T-591 de 2009 que “no es constitucionalmente válido sostener que el contenido del derecho de la salud sólo es predicable para el caso del sistema general de seguridad social y ajeno a los planes adicionales, con fundamento en la aplicación exclusiva de la legislación civil y comercial”. Por lo anterior, este Tribunal ha determinado que sin perjuicio de la naturaleza privada del contrato de medicina prepagada, este se encuentra controlado y vigilado de forma permanente por el Estado, en virtud del artículo 335 de la Constitución Política. En consecuencia, esta Corte

³ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-507 de 2017. M.P.: IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO.



ha reiterado (Sentencia T- 392 de 2014 y T-660 de 2006) que la Superintendencia Nacional de Salud debe aprobar los contratos, y por supuesto evaluar todas las cláusulas de estos, incluyendo la relativa al precio.

En ese sentido, a juicio de la Sala Plena de esta Corporación “la medicina prepagada, sin importar su denominación técnica, constituye una forma de actividad aseguradora de riesgos médicos, y que por ende maneja recursos captados del público, por lo cual, conforme al artículo 335 de la Constitución, se trata de una actividad de interés público en el cual el control estatal es más intenso” (Ver Sentencias SU-1554 de 2000 y C-176 de 1996).

6.3 La buena fe en el marco de los contratos de medicina prepagada (Se reseñan algunas consideraciones de las Sentencias T-140 de 2009, T-795 de 2008, T-699 de 2004, T-128 de 2000, SU-1554 de 2000 y SU-039 de 1998).

6.3.1 El contrato de medicina prepagada obedece en principio a las reglas propias del derecho privado, atendiendo siempre a las excepciones planteadas en virtud del servicio que se brinda a través de estas empresas. Pero, en razón a que es un acuerdo de voluntades, debe fundarse en los principios de buena fe y confianza mutua entre contratantes (Sentencia T-196 de 2007), como todo contrato privado. Adicionalmente, el principio de buena fe se predica de cualquier actuación, bien sea en el marco de un escenario público o privado, como bien lo dispone el artículo 83 de la Constitución Política

6.3.2 Tanto en la etapa precontractual como en la ejecución contractual, las partes están sometidas al acatamiento del principio de buena fe. En la Sentencia SU-039 de 1998 la Corte recordó que, en virtud del mencionado axioma, “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”.

6.3.3 La Corte ha precisado que una compañía de medicina prepagada desconoce el principio de la buena fe, por ejemplo, en las ocasiones en que niega tratamientos o servicios dirigidos a atender enfermedades no excluidas expresamente en el contrato (Ver Sentencias T-140 de 2009 y T-128 de 2000.). En el marco de estos casos, esta Corporación “ha expuesto múltiples veces, que los contratos de medicina prepagada, -como todos- pero en mayor grado éstos por razón de su objeto, deben celebrarse, interpretarse y ejecutarse de buena fe (Sentencia T-732 de 1998)”. (Sentencia T-140 de 2009).

Asimismo, se ha concluido por este Tribunal que “(l)a aplicación del principio



de buena fe cobra vital importancia si se tiene en cuenta que, los contratos de medicina prepagada, además de ser bilaterales, onerosos, aleatorios, principales, consensuales y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil, son contratos de adhesión, esto es, acuerdos cuyos términos son impuestos a una de las partes sin que ésta tenga la posibilidad de discutir las condiciones bajo las cuales se obliga. Por tal razón, en la ejecución de los mismos debe darse particular prevalencia al deber contractual de cumplir en forma exacta con las prestaciones pactadas” (Sentencia T-795 de 2008. Ver también la Sentencia T-699 de 2004).

6.3.4 Por su parte, algunos doctrinantes han evaluado la figura de la buena fe precisando sobre los contratos de medicina prepagada que “toda vez que estos actos jurídicos se rigen por el Derecho Privado, se encuentran resguardados por los principios generales aplicables a la celebración y ejecución de los contratos, como son, la autonomía de la voluntad privada y la buena fe. Y teniendo en cuenta que este último ha sido el argumento principal de la Corte para limitar la actuación de las empresas, será necesario precisar que en la actualidad la buena fe se concibe como una norma jurídica compleja elevada al rango de principio general del derecho, que implica llevar un comportamiento leal en las fases previas y posteriores a la constitución de las relaciones jurídicas. La noción de buena fe, por su amplitud, ha sido entendida como un concepto jurídico indeterminado, por cuanto no se encuentra es su totalidad limitado por la ley, y su aplicación debe ser producto de la razón práctica”.

6.3.5 A pesar de tal indeterminación, es claro que el concepto de buena fe busca que la lealtad sea un comportamiento constante entre las partes en el marco de la celebración, ejecución y terminación del negocio jurídico entablado. Ello implica que debe existir un comportamiento coherente con las actuaciones que llevaron a la formación del contrato, por lo que, en virtud del concepto de confianza legítima que se deriva de la buena fe (Ver, entre otras, las Sentencias T-073 de 2017 y T- 736 de 2015), no se puede sorprender a la otra parte con cambios intempestivos que modifican las condiciones de lo legítimamente esperado por la parte afectada con el cambio, que en ocasiones tiene el rasgo de ser la facción débil del contrato, como se verá más adelante.

6.3.6 En consecuencia, los contratos de medicina prepagada al ser de carácter privado y al surgir en virtud de la autonomía de la voluntad, deben ser celebrados, ejecutados e interpretados a la luz de la buena fe. Por tanto, no podrá ninguna de las partes ignorar sus obligaciones o imponer una carga sin que esta facultad se encuentre expresamente determinada en el negocio jurídico celebrado entre la empresa prestadora y el usuario. Adicionalmente, este último cuenta con una especial protección por tratarse de contratos de



adhesión, los cuales no se pueden modificar de forma unilateral por la parte dominante de la relación.”⁴

“6.4 Relación usuario – empresa en los contratos de medicina prepagada (Se reseñan algunas consideraciones de las Sentencias T-591 de 2009, SU-1554 de 2000, T-471 de 2000 y T-128 de 2000).

6.4.1 La jurisprudencia constitucional ha reconocido que en estos contratos existe una parte fuerte (las empresas de medicina prepagada) y una débil (los usuarios). Ello obedece a dos razones: i) se trata de contratos de adhesión (Cfr. Sentencia SU-039 de 1998 y T-065 de 2004); y ii) las 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 del usuario (Sentencia T-591 de 2009). En igual sentido, en la Sentencia T-128 de 2000 se precisó:

“En estos contratos, a juicio de la Corte, no existe un pleno equilibrio o igualdad entre las partes, por cuanto una es normalmente más débil que la otra. La entidad de medicina prepagada ejerce una actividad que se presume conoce y que es, de suyo, riesgosa, pero también debe considerarse que en el cúmulo de relaciones jurídicas que establece hay muchos casos en los cuales recibe las cuotas o primas durante largos períodos de tiempo sin tener que asumir efectivamente las consecuencias económicas de hipótesis calculadas y realizadas: ese es su negocio. Además, goza de personal científico a su servicio y de elementos técnicos orientados justamente a establecer con mayor certidumbre la situación clínica de quienes se acogen a su protección. || En cambio, el afiliado - salvo casos excepcionales que no podemos presumir- ignora por lo general los aspectos científicos, técnicos y económicos que inciden en la relación contractual; carece del apoyo científico y logístico que sí tiene la empresa, y busca protección para su salud, en una situación de indefensión ante ella. || En caso de duda, entonces, debe resolverse a favor de esa parte débil en el contrato, sin perjuicio de que en situaciones concretas pueda demostrarse su mala fe, lo que, debidamente probado, ha de invertir los razonamientos jurídicos expuestos” (subrayado fuera del texto original).

6.4.2 Ahora bien, por tratarse de un escenario de interés público por el tipo de servicios que presta y la captación de dineros que hace a los usuarios, los principios, valores y derechos fundamentales contenidos en la Constitución tienen eficacia normativa vinculante para las partes y se erigen como un límite a la autonomía de la voluntad privada, como ha reconocido de manera reiterada la jurisprudencia constitucional (Ver Sentencia T-724 de 2005).

⁴ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-507 de 2017. M.P.: IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA MAYOLO.



Asimismo, estos deben irradiar la actividad de las autoridades públicas que se ven inmersas, a través de sus competencias de vigilancia y control, en los contratos de medicina prepagada.

6.4.3 En esa medida, la relación entre empresa y usuarios debe responder a los principios de disponibilidad, no discriminación, asequibilidad económica, acceso a la información, aceptabilidad y calidad, que son exigibles en el marco del Sistema General de Seguridad Social y en este tipo de relaciones contractuales, ya que dichos axiomas obedecen al contenido propio del derecho a la salud, que subyace en la relación contractual que aquí se estudia (Sentencias T-591 de 2009 y T-724 de 2005). Igualmente, debe aceptarse que en caso de duda el contrato debe interpretarse a favor del usuario, quien conforme a la jurisprudencia de esta Corporación constituye la parte débil del contrato de medicina prepagada.

6.5 Límites a la autonomía, libertad contractual y de empresa en el marco de los servicios de medicina prepagada (Se reseñan algunas consideraciones de las Sentencias T-346 de 2014, T-661 de 2009, T-140 de 2009, T-660 de 2006, T- 724 de 2005 y T-699 de 2004).

6.5.1 La Corte ha establecido que para salvaguardar el derecho a la salud de los usuarios de todos los planes adicionales de salud, los contratos que se firmen en el marco de estos deben atender a una serie de criterios que fueron expuestos en las Sentencias T-346 de 2014 y T-140 de 2009. Estos son:

1) Los contratos para la prestación de servicios adicionales de salud no pueden ser celebrados ni renovados con personas que no se encuentren afiliadas al plan de beneficios (Cfr. T-584 de 2010); 2) antes de suscribir el contrato de medicina prepagada, las empresas deben realizar exámenes médicos lo suficientemente rigurosos (Así lo exige el artículo 21 del Decreto 806 de 1998), cuyo propósito es detectar preexistencias, determinar las exclusiones expresas en el contrato y permitir que el usuario manifieste su intención de continuar con el negocio jurídico, conociendo tales exclusiones (Así lo estableció la Corte en falló T-765 de 2008); 3) el acuerdo de voluntades debe fundarse tanto en el principio de la buena fe, como en la confianza mutua entre contratantes (Sentencias T-140 de 2009 y SU-1554 de 2000); 4) las empresas prestadoras de servicios adicionales de salud deben: i) dar cumplimiento estricto a todas las cláusulas del contrato suscrito con el usuario; ii) 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; y iii) actuar dentro del marco normativo que regula la materia (Sentencia T-765 de 2008); 5) durante la ejecución del contrato de medicina prepagada la empresa no puede modificar unilateralmente las condiciones para su cumplimiento; 6) la empresa de



medicina prepagada no puede desplazar a la EPS su responsabilidad en la atención médica de las enfermedades cubiertas en el contrato; 7) 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, siempre que ello se halle justificado constitucionalmente; 8) 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; 9) al ser contratos de adhesión, las empresas deben evitar los abusos de posición dominante que puedan darse en el marco de la celebración o ejecución. Especialmente si dichas imposiciones, u omisiones, no se encuentran soportadas en el texto del negocio jurídico e implican el desconocimiento de derechos fundamentales (Sentencia T-661 de 2009); y 10) en caso de duda, ésta debe resolverse a favor de esa parte débil en el contrato, sin perjuicio de que en situaciones concretas pueda demostrarse su mala fe, lo que, debidamente probado, ha de invertir los razonamientos jurídicos que se hayan adelantado (Sentencia T-128 de 2000).

6.5.2 En ese sentido, a pesar que la naturaleza jurídica de los contratos de medicina prepagada hace que su ejecución esté gobernada por los principios propios del derecho privado, entre ellos, la autonomía privada, que implica que estas entidades sean libres para decidir con quién contratan y si continúan con un vínculo comercial existente, ha dicho la Corte que “el ejercicio de la autonomía de la voluntad para contratar por parte de las empresas de medicina prepagada, si bien es una característica propia de tales negocios jurídicos, debe producir efectos compatibles con la preservación del contenido esencial del derecho a la salud y los derechos constitucionales que le son ajenos al mismo” (Sentencia T-724 de 2005. MP Jaime Córdoba Triviño).

6.5.3 En conclusión, los servicios, tarifas y ejecución del plan adicional de medicina prepagada dependerán de los términos del contrato, siempre vistos conforme al principio de buena fe contractual, de protección del usuario como parte débil del contrato, y del derecho a la salud, que tienen especial importancia por los fines que tiene la medicina prepagada en el marco del Sistema General de Seguridad Social. No puede ignorarse que la libre voluntad de las partes, en estos contratos, se limita por lo establecido en el ordenamiento jurídico, principalmente, por lo estipulados en los diversos fundamentos constitucionales que legitiman al Estado para intervenir en los contratos de medicina prepagada, así como en los valores, principios y derechos constitucionales del ordenamiento jurídico que por ser fundamentales prevalecen en el orden interno.”⁵

⁵ CORTE CONSTITUCIONAL. Sentencia T-507 de 2017. M.P.: IVÁN HUMBERTO ESCRUCERÍA



3.4.2. Fácticas probadas:

Son premisas fácticas o de hecho probadas que soportan la tesis de esta instancia las siguientes:

1º. El accionante **JHOAN EDUARDO MARIN BEJARANO** nació el 19/03/1985, por lo tanto, tiene 35 años de edad.

2º. **JHOAN EDUARDO MARIN BEJARANO** se encuentra afiliado al sistema de seguridad social en salud a la **EPS OCCIDENTAL DE SALUD** dentro del régimen contributivo. También se encontraba afiliado al Plan Complementario de Salud de esa misma entidad de salud.

3º. Recibió servicios de cirugía de urgencia, por obstrucción intestinal, hospitalización y controles médicos de especialista en **FUNDACION HOSPITAL VALLE DEL LILI**, donde fue diagnosticado con preexistencia medica de **COLITIS ULCERATIVA**.

4º. **S.O.S EPS** el 15 de mayo del cursante año dispone la terminación unilateral del contrato de afiliación, estableciendo que el señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**, omitió dentro del cuestionario de afiliación, su patología preexistente de **COLITIS ULCERATIVA**.

5º. **FUNDACION VALLE DEL LILI** por medio de correo electrónico, envía respuesta de nota aclaratoria sobre el error cometido en historia clínica del accionante y procede con la respectiva corrección.

6º. Se procedió a radicar derecho de petición ante **S.O.S EPS**, solicitando reactivación de los servicios complementarios, dado que, según nota aclaratoria de **FUNDACION HOSPITAL VALLE DEL LILI**.

7º. **S.O.S EPS** responde, negando reactivación del servicio complementario, reiterando la falta a la verdad en el cuestionario de afiliación, en relación a su estado de salud por parte del señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**. Que la respuesta o aclaración de la **FUNDACION HOSPITAL VALLE DEL LILI** no le consta, porque no fue aportada con la petición y que no se trata de preexistencia como se indica, sino de la omisión de declarar el verdadero estado de salud en el formulario que se le dispuso.

3.5. CASO CONCRETO.

El accionante señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO** alega la vulneración o

MAYOLO.



amenaza a los derechos fundamentales a la salud, dignidad humana y continuidad del servicio, por parte de SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S EPS -MEDICINA PREPAGADA- al haber dado ésta, por terminado de forma unilateral, el contrato de afiliación al plan complementario de salud, estableciendo que el afiliado omitió dentro del cuestionario de afiliación, su patología preexistente de COLITIS ULCERATIVA, la cual ahora fue reportada en la historia clínica de la FUNDACION HOSPITAL VALLE DE LILI, en consecuencia no cuenta con los servicios para la continuación de su tratamiento, citas con especialistas y exámenes médicos que llevaba realizando, sin tenerse en cuenta que existe la nota aclaratoria de dicha Fundación Hospitalaria, donde señala haber incurrido en error frente a la preexistencia de la patología reportada.

Para resolver el problema jurídico que se desprende de este asunto, el juzgado primeramente a analizar los requisitos de procedibilidad para el acceso a la acción.

3.5.1. Análisis de procedibilidad.

Sobre la inmediatez. Teniendo en cuenta que la jurisprudencia de la Corte ha precisado que la protección de los derechos fundamentales, vía acción constitucional, debe invocarse en un plazo razonable y oportuno contado entre la ocurrencia del hecho generador de la transgresión y la interposición del amparo, se tiene que en este caso, conforme lo que indica el accionante ese hecho sería cuando la entidad accionada dio por finalizado el contrato de plan adicional de salud, lo cual ocurrió el 15 de mayo de 2020, se tiene que con ese extremo temporal, no data de más de cuatro meses, quedando claro que el tiempo de la interposición de la tutela es razonable en punto a lograr la protección invocada.

Sobre la subsidiariedad. De conformidad con lo previsto en el artículo 86 de la Constitución Política la acción de tutela es de naturaleza residual y subsidiaria y, en consecuencia, su procedencia se encuentra condicionada a que: "(i) el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, (ii) cuando existiendo un medio de defensa judicial ordinario este resulta no ser idóneo para la protección de los derechos fundamentales del accionante o (iii) cuando, a pesar de que existe otro mecanismo judicial de defensa, la acción de tutela se interpone como mecanismo transitorio para evitar la consumación de un perjuicio irremediable."⁶.

Siendo este mecanismo constitucional residual y subsidiario, le exige al juez que sea riguroso en su análisis, que cuando existiendo una vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, no concurra una instancia judicial idónea y eficaz para obtener la protección o sea inoportuna para prevenir un perjuicio irremediable. De ahí que, en este caso, donde el accionante como usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha contratado un plan adicional de salud con su EPS, de medicina prepagada, indicaría que ante controversia frente a ese contrato que se rige por el

⁶ Artículo 86 de la Constitución Política. Ver sobre el particular sentencia T-847 de 2014 (M.P Luis Ernesto Vargas Silva).



derecho privado, debería agotar previamente los medios ordinarios antes de acudir a la acción de amparo. La salvedad se presenta en este caso, por cuanto se transgrede derechos fundamentales como la vida, salud y dignidad humana, y que se observa una actuación arbitraria de la parte dominante en la relación contractual de este caso.

Tal como lo ha señalado la jurisprudencia constitucional que se ha citado precedentemente, el contrato de afiliación a un plan complementario de salud tiene como finalidad 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, y en ese sentido, todo litigio que surja en torno a dicha temática deberá ser adelantado de conformidad con las normas civiles y comerciales vigentes.

Entonces, esa es la regla general, no obstante se plantea que ese tipo de pretensiones pueden ser reclamadas excepcionalmente por conducto de la acción de tutela cuando se cumplan ciertas condiciones, que enseguida se van a analizar para el caso concreto.

- 1) Que se trate de personas jurídicas privadas que participan en la prestación del servicio público de salud. En efecto, se cumple esta condición, puesto que el SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S EPS es de esa naturaleza.
- 2) Que los usuarios de las empresas que prestan los servicios adicionales de salud se encuentran en estado de indefensión frente a éstas. Eso es así, puesto que resulta aceptado y evidente que esa empresa tiene bajo su control el manejo de todos los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de los servicios de salud, a través de su red de prestadores del servicio, y ha sido ésta la que decide de manera concreta si cubren o no el respectivo gasto en cada momento de la ejecución del contrato, e incluso decide sobre la terminación del contrato. Como se indicó en el marco normativo, se trata contratos 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.
- 3) Que la vía ordinaria no es idónea ni eficaz para la resolución de un conflicto que involucra la violación o amenaza de derechos fundamentales, ya que la decisión resultaría tardía frente a la impostergable prestación del servicio de salud y sobre todo la continuidad que del mismo se espera. En este caso, la acción de tutela resulta el mecanismo idóneo y eficaz, por cuanto está de por medio el derecho a la salud del actor, la buena fe, la seguridad legítima, y que la posición dominante en la relación contractual, ha desequilibrado la misma con la terminación unilateral del convenio sin causa comprobada, que por demás por tener la finalidad de la prestación efectiva e integral de la atención en salud, afecta ese y otros derechos fundamentales.

3.5.2. Análisis sobre la violación o amenaza de los derechos fundamentales:



El señor JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO interpone acción de tutela al considerar vulnerados sus derechos fundamentales a la salud, dignidad humana y continuidad del servicio por parte de S.O.S. Medicina Prepagada al terminar de manera unilateral e incluir arbitrariamente dentro del contrato una preexistencia que no se encontraba pactada al momento de la suscripción del mismo.

De los hechos narrados dentro del expediente y de la contestación de la demanda, el juzgado observa que la entidad accionada, un (1) año después de la suscripción del contrato (junio de 2019), lo da por terminado de forma unilateral según el clausurado del mismo, por haber pretermitido su deber de informar a la aseguradora (EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD) aquellos hechos y circunstancias que implicaban una clara agravación del estado del riesgo, como lo es dicho afiliado desde hacía más de once años presentaba COLITIS ULCERATIVA tal y como fue indicado al médico tratante en el acápite de antecedentes en la historia clínica de FUNDACIÓN VALLE DEL LILI que se trae a colación.

No obstante, la excepcionalidad de la acción de tutela para casos como el que nos ocupa; se tiene en cuenta que el convenio celebrados entre la entidad de medicina prepagada y el usuario, tiene como objetivo prestar el servicio público de salud, y que en el caso particular, el despacho estima procedente la acción de tutela, toda vez que se encuentran comprometidos los derechos fundamentales a la salud y a la vida, así como su dignidad humana, al verse sometido a la decisión de la entidad de dar por terminado el convenio sin que el usuario pueda intervenir en la decisión, por encontrar una causal para ello, basado en una errónea inscripción de la historia clínica, y no le permite continuar ejecutando el contrato de prestación de servicios de salud y que lo afecta gravemente.

En los presupuestos normativos que hacen parte de las consideraciones de esta providencia se trajo apartes de la jurisprudencia establecida por la Corte Constitucional sobre el alcance y los límites de los contratos de medicina prepagada, al respecto se mencionó que estos convenios deben ser regidos por el postulado constitucional de la buena fe y, por tanto, en desarrollo de este precepto las entidades de medicina prepagada están en la obligación de realizar un examen médico antes de la suscripción del contrato, esto con la finalidad de establecer las preexistencias y exclusiones e incluirlas en ese preciso momento dentro del acuerdo. De no hacerlo estas entidades incurren en falta de diligencia producto de una inexplicable omisión que no es dable subsanar incluyendo de manera posterior a la suscripción del contrato preexistencias que hubiesen podido descubrir y no lo hicieron, cuando era franca tal posibilidad.

Por consiguiente, de un lado, al omitir el examen de ingreso, las entidades corren el riesgo de no identificar enfermedades y patologías de los usuarios. Del otro, se desconocería el principio de buena fe, oponerse, posteriormente, a prestar los servicios y tratamientos que se obligaron a cumplir en el momento de la suscripción del acuerdo,



o lo que es más radical, terminar el contrato unilateralmente como sucedió en el presente caso.

Se encuentra que la entidad accionada afirma haber dado aplicación a la “CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA” del Contrato, la cual prescribe que: “CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO O DE LA RELACIÓN CONTRACTUAL CON ALGUNO O ALGUNOS USUARIOS Además de las causales señaladas en la ley de las estipuladas en otros apartes de este documento, el presente contrato o la relación contractual con algún o algunos Usuarios, según el caso, podrá darse por terminado en los siguientes eventos: 1. (...) 2. Por decisión unilateral de SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A., respecto del contrato general o de alguno o algunos de los Usuarios, en los eventos siguientes, los cuales constituyen incumplimiento de las obligaciones previas en el presente contrato: 2.1. (...) 2.3. **Por cualquier falsedad, reticencia o inexactitud comprobada en relación con las preguntas formuladas en la declaración del estado de salud, así como por cualquier omisión acerca de información referente a preexistencias, lesiones, enfermedades, intervenciones quirúrgicas o antecedentes relacionados con el estado de salud de cualquiera de los Usuarios que debería ser conocida por él o por sus padres.**” (Negrillas del Juzgado).

De esta manera, S.O.S. Medicina Prepagada, se apoyó en la historia clínica que se preparó en la Fundación Valle de Lili, IPS contratada por la accionada y cuya copia se allegó al expediente, donde se relaciona una enfermedad como antecedente, “Colitis Ulcerativa diagnosticada a los 11 años de edad”, y que a pesar de ello, la entidad lo ha venido tratando y prestando todos los servicios, tratamientos y hospitalizaciones, puesto que se indica que le realizaron una cirugía de urgencias por una obstrucción intestinal y seguía con controles médicos.

La causal señala que por cualquier “**falsedad, reticencia o inexactitud comprobada**” situación que igualmente se aplica para “**cualquier omisión acerca de información**” sobre el estado de salud y en lo que se consigna en el formulario previo que se le hace al usuario, de esta manera se funda en el mero documento, en la parte de antecedentes de la historia clínica que informa el paciente, sin tomar en consideración lo advertido por el afiliado mediante derecho de petición, de que esa información se encontraba errónea, que la Fundación Valle de Lili había realizado una rectificación sobre ese registro, situación que no tuvo en cuenta no corroboró con esa IPS adscrita a su red de prestadores de salud, sabiendo que se trataba de una información delicada, decisiva, demostrativa, confiable, que vendría a desvirtuar la presunción de buena fe del tomador del seguro o afiliado.

En el formato de Notas de Consulta General de la Fundación Valle de Lili de fecha 10/07/2020 se hace constar lo siguiente: “GASTROENTEROLOGÍA: *Nota aclaratoria. Por solicitud del paciente al revisar su historia clínica y advertir que en las anotaciones de los antecedentes se menciona colitis ulcerativa diagnosticada a los 11 años de edad,*



lo cual según el paciente no es correcto, se hace esta corrección. Me comunico telefónicamente con él y lo interrogo de nuevo confirmando que en el año 2002, a la edad de 17 años, cursó con un episodio de disentería para lo cual fue estudiado con una rectosigmoidoscopia sin biopsias, manifiesta que el reporte no fue de hallazgos compatibles con colitis. En la próxima consulta formal se hará la rectificación de la historia clínica de Gastroenterología. – Responsable: DE LA HOZ ALBAN, ADOLFO LEON MEDICINA INTERNA”.

La Sala estima, que no es posible que la EPS Servicio Occidental de Salud, Medicina Prepagada, interrumpa los servicios, tratamientos y consultas que se le han venido prestando al actor, en las condiciones en que lo ha estado haciendo, en razón de los antecedentes del paciente ya sea de Colitis Ulcerativa o del episodio de Disentería que tuvo a los 11 o 17 años, pues de las pruebas allegadas al expediente se advierte que dicho tratamiento le es indispensable, puesto que hace menos de un año tuvo una cirugía de urgencia por una “obstrucción intestinal”, dado de alta el 04/12/2019 con la observación de seguir en controles médicos con los diferentes especialistas, servicios que los venía prestando la EPS a través del Plan Complementario de Salud.

Con base en lo anterior, se considera que la entidad demandada no puede oponerse a prestar los servicios al señor JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO por los padecimientos que se indican y por los que se deriven de estos, haciendo valer su posición dominante y, por tanto, rompiendo con la confianza legítima y el principio de buena fe derivado de este tipo de contratos. En el caso dilucidado, como ya se advirtió EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD -Medicina Prepagada- omitió realizar el examen de ingreso al actor, asumiendo el riesgo de no incluir dentro del contrato preexistencias o exclusiones, por lo que un año después de haberlo suscrito no puede abstenerse de suministrar los servicios pactados en un principio, cuando es responsabilidad de ésta detectar dichas enfermedades en el inicio de la relación contractual, y no, en vigencia del acuerdo.

La demandada plantea que la exclusión que pretende hacer valer no causa ningún detrimento a la atención médica hospitalaria que suministra al demandante por cuanto esta la seguirá recibiendo, si es el caso, a través del POS o PBS que éste tiene contratado con aquella, planteamiento que no es de recibo pues desconoce el hecho de que el usuario de la medicina prepagada, durante más de un año, ha cancelado una suma distinta de la que corresponde al plan obligatorio, precisamente en el propósito de amparar ciertas contingencias colaterales o implicativas que este no ampare generándose para el la confianza legítima de que tiene derecho a esos servicios, expectativa que quedaría burlada por una actuación unilateral de su contraparte en el contrato la cual debió actuar al menos oportunamente si quería hacer valer la exclusión materia de la controversia.

Una reclamación oportuna por parte de una empresa prestadora del servicio de salud respecto de una situación como la aquí dilucidada, podría ser aquella que se formula o



plantea en un tiempo razonable luego de celebrarse el convenio sin que la enfermedad en cuestión haya sido previamente atendida, en diversas oportunidades, si se demuestra con plenitud que el usuario incurrió en un fraude que antes no pudo ser detectado debido, por ejemplo, a que el estado de salud del paciente se evaluó a partir de exámenes que éste presentó y que parecían fidedignos, practicados por médicos de otras instituciones que posteriormente resulten apócrifos o si se da el caso de aquellos usuarios a los que, por su juventud, se presumen sanos y por esa razón, en ocasiones, para atraer clientela, se les exime de exámenes previos a su vinculación si luego se descubre que padecen de evidentes enfermedades congénitas médicamente diagnosticadas. Sin descartar otras posibilidades, derivadas de las características de cada situación concreta a considerar es indiscutible que la reclamación de la EPS en estos casos debe ser oportuna para evitar que se produzca y que se consolide la presunción de una tácita aquiescencia de las partes respecto de la situación que se viene presentando lo cual, como es sabido, por efectos del principio de la confianza legítima, entre otros principios, crea derecho si se prolonga en el tiempo.

En todo caso para evitar o prevenir contingencias como las comentadas es claro, como se ha venido enfatizando, que las EPS al comprometerse a suministrar servicios complementarios de salud tienen el deber de practicar aquellos exámenes que le permitan establecer con claridad, desde un principio, cuáles incluye o cuáles excluye del respectivo contrato pues ello incide, no solo en el valor de la cuota que debe pagar el usuario, convencido de que va a asegurarse de tal o cual eventualidad, sino en la definición clara y de buena fe de cuáles son las prestaciones que ambas partes adquieren.

Se insiste que en este caso, la referida falsedad o pretermisión al cuestionario sobre el estado de salud que le hizo la entidad de medicina prepagada y que aduce como causal para terminar el contrato no fue debidamente comprobada, confirmada como lo señala la cláusula del contrato para proceder con su conclusión unilateral, con la IPS donde se originó y donde reposa la historia clínica, sabiendo que ello implicaba desvirtuar el principio de buena fe frente a lo declarado por el usuario. A la entidad accionada mediante derecho de petición se le puso en conocimiento de la nota aclaratoria que había expedido la respectiva IPS y que modificaría el antecedente de su historia clínica de Gastroenterología, a lo cual hizo caso omiso y evitó pronunciarse tanto en la respuesta al derecho de petición como en la contestación de la demanda. Con este acontecer, considera este juzgado que también se le vulneró al actor los derechos fundamentales al debido proceso (comprobar la causal) y el de petición (respuesta de fondo, al no referirse a la nota aclaratoria ni confirmarla).

Tampoco es intrascendente que en el caso examinado el paciente reciba la atención médica con base en el contrato por servicios complementarios o en virtud del PBS pues, como es sabido, este último tiene un cubrimiento limitado, por lo tanto, lo que no se encuentre incluido en él, pero que se requiera indefectiblemente con urgencia para restablecer la salud de aquél, debe suministrarse con cargo a dineros públicos, lo que,



en principio no sucedería en el actual caso, si la eventualidad prepagada que se atiende hace parte de las contraprestaciones convenidas, situación esta última que impide que el contrato en cuestión sea visto como un simple problema entre particulares sin relevancia constitucional, pues como ha quedado visto, es claro que sí la tiene, así lo ha referido la Corte⁷.

De acuerdo con lo expuesto, esta Juzgado, procederá a ordenar al Servicio Occidental de Salud EPS, -Medicina Prepagada-, la reactivación del contrato de afiliación al plan de atención complementario bienestar en salud, celebrado el 26/06/2019 y vigencia a partir del 01/08/2019, puesto que no se ha acreditado la configuración de la causal por omisión o falsedad sobre su estado de salud y que refiere antecedente patología colitis ulcerativa desde los 11 años de edad, tal como lo registra la nota correctiva de la IPS. En consecuencia, se ordenará a la entidad a seguir con todos los tratamientos, controles, servicios y procedimientos por el padecimiento sufrido por la paciente a raíz de la cirugía realizada por obstrucción intestinal y las enfermedades que se puedan causar como derivación de ésta, es decir, tal como estaba pactado al inicio del contrato.

Es este evento que al tratarse de la afectación de derechos fundamentales, el juez de tutela tiene que entrar a analizar el contenido, la interpretación o el cumplimiento de contrato de prestación adicional de atención en salud; los hechos particulares del caso, así lo ameritan como consecuencia del desbordamiento de la autonomía, libertad o igualdad contractuales y en perjuicio del usuario de salud.

4. DECISIÓN

Baste lo expuesto para que el, **EL JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL DE BUGA VALLE**, administrando justicia en nombre de la Republica y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: TUTELAR los derechos fundamentales a la **salud, a la vida y a la dignidad humana**, del señor **JOHAN EDUARDO MARIN BEJARANO**.

SEGUNDO: ORDENAR al **SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS -Medicina Prepagada-**, que dentro de las 48 horas siguientes a la notificación de la presente providencia, si no lo hubiere hecho ya, proceda a **reactivar** el Contrato No. 65639 Para la Prestación de Servicios de Salud Plan de Atención Complementario Bienestar de fecha 26 de junio de 2019 y vigencia a partir del 1 de agosto de 2019, por no haberse configurado o demostrado la causal alegada para la terminación unilateral del contrato y conforme al principio de buena fe, tal como se explica en la parte motiva de esta

⁷ Ver Sentencia T-015 de 2011. MP: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.



providencia. En consecuencia, deberá seguir prestando al afiliado todos los tratamientos, controles, servicios y procedimientos que requiere bajo ese plan complementario de salud para el padecimiento sufrido por el paciente a raíz de la cirugía realizada por obstrucción intestinal y las enfermedades que se puedan causar como derivación de ésta, es decir, tal como estaba pactado al inicio del contrato, que le permitan al accionante preservar su salud y vida en condiciones dignas.

TERCERO: PREVENIR a SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS -Medicina Prepagada-, a fin de que en caso de alegar una causal para la terminación unilateral del contrato, la misma debe estar debidamente comprobada, motivada fáctica, jurídica, médica y científicamente si es del caso, debidamente comunicada, respetando los principios de buena fe y confianza legítima del usuario contratante y demás principios contractuales, sin que se afecte los derechos que con este fallo se le amparan u otros que puedan surgir.

CUARTO: De conformidad con los artículos 30 y 31 del Decreto 2591 de 1991, notifíquese en legal forma la presente decisión.

QUINTO: Contra la presente decisión procede el recurso de impugnación sin perjuicio de su cumplimiento inmediato.

SEXTO: En caso de no ser impugnado remítase a la Honorable Corte Constitucional para su eventual revisión.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Firmado Por:

**WILSON MANUEL BENAVIDES NARVAEZ
JUEZ MUNICIPAL
JUZGADO 001 CIVIL MUNICIPAL BUGA**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica, conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **ab0ba895c89fbf2376c9b40f3dd6d7689892fbd75989de834274c5b17ab980f3**
Documento generado en 21/09/2020 06:41:35 p.m.