



JUZGADO PRIMERO CIVIL MUNICIPAL

Villavicencio, Cuatro (4) de Marzo de Dos Mil Dieciséis (2016)

Radicación: 500014003001-2016-00081-00
Clase: ACCION DE TUTELA DE 1ª INSTANCIA
Accionante: MONICA LUCIA ACOSTA GONZALEZ
Accionado: MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA

1. ANTECEDENTES

La presente Acción de Tutela, fue admitida mediante auto de fecha 23 de febrero de 2016, solicitando la accionante señora **MONICA LUCIA ACOSTA GONZALEZ** la protección de su derecho fundamental a la SALUD con conexidad al derecho fundamental a la igualdad contra la accionada **MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA**.

Además ordenándose vincular a las entidades prestadoras del servicio de salud CAFESALUD y SALUD TOTAL.

2. NOTIFICACIONES

2.1 La entidad accionada MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA, como consta a folio 33, fue notificada el día 24 del 02 de 2016.

2.2 A la accionada señora **MONICA LUCIA ACOSTA GONZALEZ**, se le notifico de la admisión de la presente acción de tutela mediante llamada telefónica a su abonado celular 311 215 21 73, el día 24 del mes 02 y año presente. (Folio 32)



3. PRETENSIONES

La señora **MONICA LUCIA ACOSTA GONZALEZ**, solicita *“Tutelar los derechos fundamentales a la salud, con conexidad al derecho a la igualdad, en consecuencia ordenar que en un término no mayor a 48 horas se realice la nueva afiliación a la entidad tutelada, conservando la antigüedad que hasta el momento de la cancelación del contrato con la entidad tutelada tenía.”*

4. HECHOS

- 4.1.** La accionante manifiesta afiliación a la empresa MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA a partir del mes de julio de 2010.
- 4.2.** Que su hijo FREDDY ALEJANDRO VANEGAS ACOSTA la afilio como beneficiaria a EPS SALUD TOTAL.
- 4.3.** Que encontrándose como beneficiaria de la EPS SALUD TOTAL el día 4 de mayo de 2014 los médicos le diagnosticaron diabetes, iniciando tratamiento para controlarla.
- 4.4.** Que su hijo no realizó los pagos a la EPS SALUD TOTAL, provocando la desafiliación del servicio de salud, desconociendo dicha desafiliación por utilizar los servicios de medicina prepagada.
- 4.5.** Que a partir del mes de julio de 2015, la empresa MEDPLUS desactivo el contrato debido a que no se encontraba afiliada a ninguna EPS.
- 4.6.** El hijo de la accionante pago lo adeudado a EPS SALUD TOTAL con el fin de que le volviera a prestar los servicios de salud, igualmente la

M



empresa MEDPLUS al constatar el pago por parte del hijo de la accionante, reactivaron el contrato a partir del 6 agosto de 2015, siendo la prestadora del servicio la misma EPS SALUD TOTAL, pero en el caso de la accionante el contrato no fue renovado por MEDPLUS, quedando desafiada la accionante y su hijo por seis meses.

4.7. Posteriormente su hijo OSCAR GUSTAVO VANEGAS la afilio como beneficiaria a EPS SALUDCOOP, además solicitando la reactivación del contrato con la empresa MEDPLUS prestando los servicios de medicina prepagada, aunado a la conservación de la antigüedad.

4.8. El día 19 de agosto de 2015 MEDPLUS dio respuesta a la solicitud señalando que no era posible la reactivación del contrato conservando su antigüedad, posteriormente el día 9 de diciembre de 2015 radico derecho de petición solicitando la reactivación del contrato respetando su antigüedad y de ser negativa la respuesta nuevamente, le señalaran las razones jurídicas de la negativa, dando respuesta la entidad el día 9 de diciembre.

5. DERECHOS FUNDAMENTALES CONSIDERADOS VULNERADOS

La presente acción de tutela se origina buscando el amparo de los derechos constitucionales fundamentales a la Salud en conexidad con la Vida de la señora **MONICA LUCIA ACOSTA GONZALEZ**.

6. PRUEBAS

- 6.1 Fotocopia de la primera solicitud de la reactivación del contrato a MEDPLUS, por parte de la accionante.
- 6.2 Fotocopia de la respuesta por parte de MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA.



- 6.3 Fotocopia del formulario de afiliación de afiliación EPS SALUDCCOP.
- 6.4 Fotocopia del derecho de petición radicado el día 9 de noviembre de 2015
- 6.5 Fotocopia de la respuesta dada por la entidad MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA el 15 de diciembre de 2015.
- 6.6 Fotocopia del certificado de utilización de contrato No.335437 de la señora MONICA LUCIA ACOSTA.
- 6.7 Fotocopia del certificado de utilización del contrato 362158 del señor FREDY ALEJANDRO KKVANEGAS ACOSTA.

7. CONTESTACIÓN DE LAS ENTIDAD ACCIONADA Y VINCULADAS

7.1. La entidad accionada **MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA.,** manifiesta que conforme a las pretensiones de la accionante, que, no fueron vulnerados los derechos fundamentales de la accionante, la razón a la señora MONICA LUCIA ACOSTA le fue cancelado su contrato de medicina prepagada en debida forma por no tener EPS vigente tal y como lo señala la norma.

Que si bien es cierto que se celebró el contrato de medicina prepagada No. 335437 el día 19 de julio de 2010 en el plan pergamino Excelso, en fecha 19 de julio de 2015 se realiza la terminación unilateral del contrato de medicina prepagada por parte de MEDPLUS, por no tener EPS vigente como lo estipula el Decreto 806 de 1998 en su artículo 20.

Además que en el contrato celebrado de medicina prepagada se suscribió la terminación unilateral en caso de no tener EPS vigente, (folio 57), aunado

M



que dicho contrato es voluntario diferentes a la cotización obligatoria, siendo un servicio privado de interés público.

Por lo tanto la obligación contractual que emerge con la suscripción del contrato donde se tiene la obligación de estar afiliado a EPS, so pena de terminarse el contrato.

7.2. La **EPS VINCULADA SALUD TOTAL**, señala que la señora **MONICA LUCIA ACOSTA GONZALEZ** presenta estado de desafiliación por exclusión beneficiario, novedad aplicada por solicitud del cotizante **FREDY ALEJANDRO VANEGAS ACOSTA**.

7.3. La **EPS VINCULADA CAFESALUD**, no allego contestación de la presente acción de tutela.

8. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

8.1. COMPETENCIA Y OPORTUNIDAD

El Juzgado Primero Civil Municipal de Villavicencio en desarrollo de las facultades conferidas por la Constitución Política de Colombia y el Decreto 1382 de 2000, es competente para resolver la acción de tutela que nos ocupa, atendiendo a la calidad del accionado.

8.2. PROBLEMA JURÍDICO



Corresponde a esta instancia constitucional establecer si a la señora **MONICA LUCIA ACOSTA GONZALEZ**, ¿le han sido desconocidos o conculcados sus derechos fundamentales a la Salud en conexidad a la igualdad, por parte de la empresa **MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA**, al no renovarse el contrato de medicina prepagada con la antigüedad que poseía la accionante, ante la causal de no pago durante 6 meses del mencionado servicio, y del que una vez cancelado busca continuidad?

8.3. TESIS PARA RESOLVER EL PROBLEMA

La respuesta al problema planteado es **NEGATIVA**, bajo el concepto propio de los principios que cobijan a los contratos de adhesión comercial o civil y la potestad que tienen las personas naturales y jurídicas para en base a los mismos y respetando la legislación vigente suscriben, siendo para las dos personas vinculantes y ley para las partes.

8.4 ARJUMENTOS JURISPRUDENCIALES

SENTENCIA T-015 de 2011, M.P. GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO

Sobre la naturaleza de los planes adicionales de atención en salud este Tribunal ha señalado que “[L]os afiliados al régimen contributivo, además de tener derecho a los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), pueden contratar Planes Adicionales de Salud (PAS)¹ que, según el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, son un conjunto de beneficios opcionales y voluntarios contratados de manera voluntaria, que garantizan la

¹ El artículo 169 de la Ley 100 de 1993, los estipula como Planes Voluntarios de Salud que incluyen coberturas asistenciales o económicas relacionados con los servicios de salud, contratados voluntariamente por los afiliados, quienes los financian con recursos propios diferentes a las cotizaciones obligatorias dispuestas para el régimen contributivo de salud.



atención en eventos de requerirse actividades, procedimientos o intervenciones no incluidas en el POS, o condiciones diferentes o adicionales de hostelería o tecnología², o cualquier otra característica no incluida en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos. Se trata de un servicio privado de interés público, de responsabilidad exclusiva de los particulares, financiado con recursos diferentes a los de las cotizaciones obligatorias, y que no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de vigilancia y control que le son propias.”³ (Subrayado del Despacho).

En virtud de lo anterior, los contratos derivados de la prestación de estos planes adicionales de atención en salud, son de carácter privado y, por tanto, se rigen por normas de derecho privado, por lo que las controversias que se deriven de éstos deben ser dirimidas por la jurisdicción ordinaria. Sin embargo, la tutela se torna procedente en los eventos en que se encuentren comprometidos derechos fundamentales de los beneficiarios y, los medios naturales de solución, no sean eficaces para brindar una inmediata protección.

En relación con lo anterior, la jurisprudencia de esta Corporación ha reiterado, que el juez constitucional está en la posibilidad de conocer de manera excepcional, las controversias generadas en torno al clausulado de los contratos celebrados con las entidades de medicina prepagada y los beneficiarios, por 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’⁴ 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

² Sentencia T-348 del 7 de abril de 2005, MP. Marco Gerardo Monroy Cabra.

³ Corte Constitucional, Sentencia T-158 del 5 de marzo de 2010, MP. Luis Ernesto Vargas Silva.

⁴ Corte Constitucional, Sentencia T-307 del 20 de junio de 1997, MP. José Gregorio Hernández Galindo, Sentencia T-867 del 18 de octubre de 2007, MP. Manuel José Cepeda Espinosa.



ordinaria no es idónea ni eficaz para la resolución de un conflicto que involucre 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.⁵

En conclusión, por regla general la acción de tutela es impropia para resolver las controversias que se derivan de los contratos celebrados con entidades que tienen como fin proporcionar al usuario planes adicionales de atención en salud, teniendo en cuenta su naturaleza privada, la cual debe ser regida por normas del derecho civil y comercial. Sin embargo, excepcionalmente y bajo la consideración, que así estos contratos sean de naturaleza privada, tienen como objeto la prestación del servicio público de salud y, por tanto, se encuentra involucrada la efectividad de derechos fundamentales, la tutela es procedente.

5. Naturaleza de los Planes Adicionales de Atención en Salud

tal como lo prescribe el artículo 365 de la Carta Fundamental, los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y, por tanto, es su deber asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio Nacional, ya sea directa o indirectamente por comunidades organizadas o por particulares. Sin embargo, en caso de delegar su prestación, el Estado mantendrá la regulación, control y vigilancia de dichos servicios.

El artículo 49 de la Constitución Política de 1991 consagra a la salud como un servicio público, el cual está a cargo del Estado y, a su vez, debe ser garantizado a todas las personas. En virtud de ello el Estado está en la obligación de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud.

Atendiendo a lo anterior, el legislador profirió la Ley 100 de 1993, la cual creó el sistema de seguridad social integral, cuyo fin es garantizar a los individuos y a sus familias un nivel y calidad de vida digno. Esta ley dispone que el sistema de seguridad social integral está conformado por (i) el sistema general de pensiones, (ii) el sistema de seguridad social en salud, (iii) el sistema general

M



de riesgos profesionales y (iv) el de servicios sociales complementarios.

(...)

Los afiliados a este régimen son beneficiarios de los servicios incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud, (POS). Sin embargo, el artículo 18 del Decreto 806 de 1998, 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, contempla que los afiliados al régimen contributivo pueden ser beneficiarios, a su vez, de los Planes Adicionales de Atención en Salud (PAS). Estos planes se han definido como los conjuntos de beneficios opcionales y voluntarios, financiados con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. Pero, es considerado como un servicio privado de interés público, cuya prestación no le corresponde al Estado, sino que el acceso al mismo será de responsabilidad exclusiva del particular.

Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes planes adicionales de atención en salud⁶:

- Planes de atención complementaria en salud.
- Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.
- Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

Como se mencionó anteriormente, los planes de medicina prepagada son una clase de planes adicionales de atención en salud, los cuales, han sido definidos por el Decreto 1570 de 1993 modificado por el Decreto 1486 de 1994, como "el sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente Decreto, para la gestión de la atención médica, y 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 síntesis, los planes de medicina prepagada hacen parte del sistema de seguridad social en salud, los cuales tienen como objetivo fundamental suministrar al usuario, que tiene la capacidad económica para acceder voluntariamente, una

⁶ Decreto 806 de 1998, Artículo 19.



prestación en salud más benéfica, pues tienen una mayor cobertura y/o calidad, frente al plan obligatorio de salud suministrado por la EPS. Estos contratos se dan dentro de un esquema de contratación particular y su financiación se realiza con recursos distintos de las cotizaciones obligatorias de la seguridad social.

6. Naturaleza del contrato de medicina prepagada y reglas jurisprudenciales relacionadas con su alcance y con sus límites. Reiteración de jurisprudencia

El contrato suscrito entre un particular y una entidad de medicina prepagada, es un acuerdo de adhesión, es decir, las partes contratantes se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de las partes en los términos aprobados por el organismo de intervención estatal y sobre las cuales la otra expresa su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto. Además estos contratos están caracterizados por ser bilaterales, onerosos, aleatorios, principales, consensuales y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil.⁷

Con respecto a los contratos de medicina prepagada, esta Corporación ha señalado que “las relaciones jurídicas que se generan entre los afiliados y las empresas de medicina prepagada, a pesar de estar enmarcadas dentro de las normas que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se rigen por el derecho privado y por los principios generales del derecho aplicables a la celebración y ejecución de tales contratos, especialmente, los principios de autonomía de la voluntad y de buena fe, dado que su fundamento es la libre voluntad en la contratación. En la celebración, interpretación y ejecución de los contratos de medicina prepagada, entonces, son exigibles todas y cada una de las disposiciones civiles y mercantiles pertinentes, así como los principios que rigen la teoría general del negocio jurídico. Estos acuerdos, en consecuencia, se gobiernan por normas civiles y comerciales y se desarrollan bajo el presupuesto del ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada⁸. La Corte Constitucional a ese respecto ha precisado, que las actividades que adelantan las empresas de medicina prepagada se fundamentan en dos supuestos:

⁷ Corte Constitucional, Sentencia SU- 039 del 19 de febrero de 1998, MP. Hernando Herrera Vergara.

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-181 del 3 de marzo de 2004, MP. Rodrigo Escobar Gil.



*'1) el ejercicio del derecho a la libertad económica y a la iniciativa privada dentro de un marco de libertad de acción limitada, únicamente, por el bien común, el ambiente y el patrimonio cultural de la nación, sin condicionamientos para su realización en materia de expedición de permisos previos o requisitos no autorizados legalmente y 2) La prestación de un servicio público, como es el de salud, que ligado a su condición de actividad económica de interés social, está sujeta a la intervención, vigilancia y control del Estado para precisar sus fines, alcances y límites, a través de la Superintendencia Nacional de Salud.'*⁹¹⁰

Teniendo en cuenta que los contratos suscritos entre las entidades de medicina prepagada y los usuarios son contratos de adhesión, la Corte ha señalado, que existe una parte fuerte y una parte débil en torno a este tipo de contratos, pues las empresas de medicina prepagada tienen el manejo de todos los instrumentos que inciden en el disfrute efectivo de los servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios y asistenciales de los usuarios. Por el contrario, los usuarios, dadas las circunstancias de urgencia en las que en general formulan sus demandas de servicio, conforman la parte débil de este tipo de acuerdos.¹¹ En razón de lo anterior, la Corte se ha pronunciado sobre los alcances y los límites de este tipo de convenios, a continuación se mencionaran algunos.

8.4 ARGUMENTO DEL CASO CONCRETO

Pues bien, de las líneas jurisprudenciales expuestas con antelación y en acucioso estudio del escrito tutelar se encuentra carencia absoluta de **perjuicio irremediable**, de suerte tal que al encontrarnos frente a un contrato de adhesión en el que de forma consensual fue adquirido por la accionante **MONICA LUCIA ACOSTA GONZALEZ** un servicio de

⁹ Corte Constitucional, Sentencia SU- 039 del 19 de febrero de 1998, MP. Hernando Herrera Vergara, Sentencia SU- 1554 del 21 de noviembre de 2000, MP. Cristina Pardo Schlesinger.

¹⁰ Corte Constitucional, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo.

¹¹ Corte Constitucional, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo.



medicina prepagada PRIVADO y del que plenamente y sin discusión alguna ella acepta se presentó mora en los pagos, refiriendo su prepagada MEDPLUS con total acierto la imposibilidad que surge en el acceso a este tipo de contratos en el evento de que no se encuentre vinculación con una EPS del régimen contributivo.

Se recuerda que este es un servicio médico adicional y al que solo pueden acceder los usuarios con capacidad económica, una vez aceptan las condiciones planteadas por la empresa prestadora del servicio, con obligación de realizar estudios previos a fin de determinar enfermedades preexistentes.

Artículo 18 Del decreto 806 de 1998 Definición de Planes Adicionales de Salud, PAS. Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

El acceso a estos planes será de la exclusiva 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 usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

En efecto, los contratos celebrados entre una entidad de la medicina prepagada y los usuarios, deben estar regidos por el principio de buena fe, en los que una de las partes no tiene la posibilidad de entrar a discutir el clausulado de éste, que viene preestablecido por la otra parte del convenio.



Por consiguiente, si bien, los contratos de medicina prepaga están sometidos al acuerdo de voluntades de las partes y se encuentran regidos por los principios de libertad económica y la autonomía privada.

Para el concreto al no estar en discusión el contrato suscrito bajo sede de tutela y del que se explica de estarlo le corresponde dirimirlo en jurisdicción ordinaria, se reitera está supeditado en la vinculación con una entidad del régimen contributivo E.P.S., para lo cual de no contar con una, la empresa de medicina prepagada MEDPLUS encuentra soportada la causal de desvinculación.

Ahora al plenario no fue aportado el contrato suscrito por las partes a fin de determinar irregularidades al respecto ante un posible perjuicio irremediable y el que no se incluyó de oficio pues no era inconformidad de parte de la accionante y por cuanto como ya se manifestó no se vislumbra tampoco **PERJUICIO IRREMEDIABLE** alguno.

Es claro entonces la negación de esta acción por las razones expuestas líneas atrás y como lo ha indicado la Honorable Corte Constitucional; ausencia de perjuicio irremediable, imposibilidad de efectuar como mecanismo transitorio.

9. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Primero Civil Municipal de Villavicencio, administrando justicia en nombre del pueblo, y por mandato de la Constitución Política,

RESUELVE:



PRIMERO.- NEGAR la tutela en donde es accionante **MONICA LUCIA ACOSTA GONZALEZ.**

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

TERCERO.- Si este fallo no fuere impugnado dentro del término legal, envíese lo actuado para ante la Corte Constitucional para su eventual revisión.

COPIESE, NOTIFIQUESE, Y CUMPLASE

MAGDA YANETH MARTINEZ QUINTERO
JUEZA