

Doctora
MARLENNE ARANDA CATILLO
JUEZ 57 CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ D.C.
E. S. D.

PROCESO: VERBAL
DEMANDANTE: MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO
DEMANDADO: COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A.
RADICACIÓN No: 11001400305720210012700

Asunto. Contestación a la demanda de reconvención

DIANA MARÍA HERNÁNDEZ DÍAZ identificada como aparece al pie de mi firma, en calidad de apoderada de COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA S.A. (en adelante COLMEDICA) según consta en poder que obra en el expediente, me permito dar respuesta a la demanda de reconvención propuesta por María Teresa Vélez Giraldo en el proceso de la referencia, en los siguientes términos:

I. TÉRMINO PARA DAR RESPUESTA A LA DEMANDA DE RECONVENCIÓN

Por medio de auto del 17 de febrero de 2022 notificada por auto del 18 de febrero de 2022 se admitió la demanda de reconvención presentada por la señora María Teresa Vélez Giraldo contra COLMEDICA.

De conformidad con lo establecido por el artículo 369 del Código General del Proceso COLMEDICA cuenta con 20 días para dar respuesta a la demanda los cuales empezaron a correr el 21 de febrero de 2022 y vence el 18 de marzo de 2022.

Lo anterior teniendo en cuenta que los días 19, 20, 26, 27 de febrero, 5, 6, 12 y 13 de marzo de 2022 no corrieron términos por tratarse de días no hábiles (sábados y domingos).

De acuerdo con lo anterior la demanda ha sido contestada en término.

II. RESPUESTA A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

Respecto de los hechos contenidos en el aparte denominado “A. Antecedentes”

Al 1.1. No es cierto tal y como se refiere en este numeral. El 24 de febrero de 1992 la señora María Teresa Vélez Giraldo presentó solicitud de vinculación ante Humana Compañía de Asistencia Médica (en adelante Humana) para suscribir contrato familiar de prestación de servicios médico-asistenciales mediante el cual solicitó la vinculación suya y de Sergio Alejandro Chemas Vélez según consta en la solicitud de afiliación No.21522 que obra en el expediente.

El contrato suscrito entre Humana y María Teresa Vélez No. 011104268 tiene vigencia a partir del 6 de marzo de 1992 con las coberturas y condiciones establecidas en el citado contrato.

Los demás usuarios del contrato mencionado que se relacionan a continuación fueron incluidos con posterioridad a la suscripción de este, así:

Usuario	Fecha de Afiliación
Jorge Eduardo Chemas Jaramillo	6/06/1992
Nidia Vélez De Montoya	6/10/1992
Carolina Jaramillo De Chemas	8/11/1992
Maria Manuela Chemas Vélez	17/03/1993

La Resolución 00390 del 8 de abril de 2008 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud se autorizó la fusión entre COLMEDICA y HUMANA GOLDEN CROSS S.A. MEDICINA PREPAGADA (en adelante HUMANA), para que esta última fuera absorbida por COLMEDICA por lo anterior en fechas anteriores a la fusión la ejecución del contrato estuvo a cargo de HUMANA.

AI 1.2. No le consta a COLMEDICA lo relativo a la ejecución del contrato previo a la fecha en la cual se hizo efectiva la fusión de COLMEDICA con HUMANA.

Lo que le consta a COLMEDICA es que en el año 2007 la señora María Teresa Vélez Giraldo interpuso demanda contra HUMANA, por inconformidad en el cobro de las tarifas del contrato de medicina prepagada por las vigencias 2003-2004 hasta 2008-2009 proceso en el cual fue vinculada COLMEDICA en calidad de sociedad absorbente de HUMANA.

AI 2.1. No es cierto. Los hechos que se relacionan en este numeral corresponden a situaciones presentadas entre 1998 y 1999 cuando el ejecutor del contrato era HUMANA.

AI 2.2. No es cierto. Los hechos que se relacionan en este numeral corresponden a situaciones presentadas entre 1998 y 1999 cuando el ejecutor del contrato era HUMANA.

AI 2.3. No es cierto. Los hechos que se relacionan en este numeral corresponden a situaciones presentadas entre 1998 y 1999 cuando el ejecutor del contrato era HUMANA.

AI 3.1. No es cierto. Según consta en la Resolución 1674 de 1998, aportada con la demanda de reconvenCIÓN correspondiente a una sanción impuesta a HUMANA.

AI 3.2. No es cierto. COLMEDICA no realizó pagos a la demandante por concepto de tarifa de las vigencias 1998 a 1999, lo anterior teniendo en cuenta que para las vigencias a las que se hace relación fue HUMANA la empresa de medicina prepagada encargada de la ejecución del contrato.

AI 4.1. No es cierto. COLMEDICA no realizó cobros de forma arbitraria a la demandante. En el hecho no se hace mención a que periodos correspondió el cobro de las tarifas cobradas presuntamente de forma arbitraria, se aclara que la ejecución del contrato de medicina prepagada estuvo a cargo de HUMANA hasta el año 2008 momento para el cual se realizó la fusión con COLMEDICA.

AI 4.2. Este hecho contiene varias afirmaciones a las cuales me referiré en los siguientes términos:

No es cierto que COLMEDICA hubiera exigido el pago de las tarifas del contrato de medicina prepagada para las vigencias 2003 a 2008. Para los periodos a los que hace alusión este hecho el contratante era HUMANA por

ende el cobro de las tarifas para los períodos de 2003 a 2008 no fue realizado por COLMEDICA sino por HUMANA.

No le consta a COLMEDICA lo indicado respecto de las presuntas constancias del desacuerdo o en las cartas a las que se hace mención en este hecho, nótese que de las comunicaciones previas a mayo de 2008 estaban dirigidas a HUMANA y no a COLMEDICA.

En razón a la fusión con HUMANA la primera respuesta emitida por COLMEDICA corresponde a la comunicación de fecha 7 de julio de 2008 informando que el valor pagado por la demandante correspondía a la renovación del contrato suscrito, según consta en la documental aportada con la demanda de reconvenCIÓN.

Al 5.1. Este hecho contiene varias afirmaciones respecto de las cuales procedo a pronunciarme:

No es cierto que en el año 2007 la demandante hubiera iniciado proceso contra COLMEDICA según consta en documentales aportadas por la parte demandante y por COLMEDICA con la demanda principal se puede evidenciar que la demanda fue presentada contra HUMANA por ser la empresa de medicina prepagada con la que se encontraba vigente el vínculo para el año 2007. COLMEDICA fue vinculada al proceso en virtud de la absorción de HUMANA por parte de COLMEDICA en el año 2008.

No es cierto lo afirmado respecto de las pretensiones de la demanda, por ser impreciso lo referido. Lo afirmado al respecto debe ser probado en el proceso aclarando que lo decidido al respecto no puede ser materia de condena en este proceso por haber sido objeto de sentencia ejecutoriada.

Al 5.2. Este hecho contiene varias afirmaciones respecto de las cuales procedo a pronunciarme:

Es cierto lo relacionado con el aparte transscrito en este hecho de la sentencia proferida por el Juez 6 Civil del Circuito de Bogotá aclarando que dicha sentencia fue objeto de corrección por medio de providencia del 1 de abril de 2014 mediante la cual se corrigió el numeral cuarto de la sentencia de segunda instancia en lo relativo al valor a pagar por concepto de condena a favor de la parte actora.

Lo afirmado por la parte actora respecto de los motivos por los cuales se profirió la decisión no constituye un hecho, es una interpretación de la parte motiva de la sentencia. COLMEDICA se atiene al contenido de la sentencia, documento que obra en el expediente.

Se reitera, lo decidido al respecto no puede ser materia de condena en este proceso por haber sido objeto de sentencia ejecutoriada.

Respecto de los hechos contenidos en el aparte denominado “B. Los actuales incumplimientos contractuales de COLMEDICA”

Al 1.1. No es cierto. La sanción a la que se hace mención en este hecho no fue interpuesta por la Superintendencia Nacional de Salud a COLMEDICA.

No es cierto que COLMEDICA hubiera contravenido la decisión adoptada en la sentencia proferida por el Juez 6 Civil del Circuito en proceso con Radicación

No.2007-0838, ya que dicha decisión se limitó a establecer la legalidad de las tarifas aplicadas hasta la vigencia 2007-2008, en consonancia con lo pretendido en la demanda.

No es cierto que COLMEDICA hubiera cobrado ilegalmente la tarifa del contrato No.011104268. Las tarifas fijadas para los contratos de medicina prepagada de COLMEDICA se fijan de acuerdo con lo establecido con las normas y lineamientos que las rigen.

Las tarifas aplicables para las vigencias 2008-2009 y siguientes debían regirse por lo dispuesto por la normatividad aplicable a los contratos de medicina prepagada. Nótese que en el contrato no se estableció una fórmula para el cálculo de la tarifa ni se pactó un porcentaje fijo para el aumento de las tarifas.

Ninguna de las cláusulas del contrato dispone como deberá calcularse la tarifa aplicable para cada vigencia del contrato ni establece porcentajes fijos aplicables a cada renovación.

Las tarifas aplicables a los planes de medicina prepagada tienen libertad regulada, pero deben regirse por las reglas y principios establecidos en el Decreto 1570 de 1993 compilado en el Decreto 780 de 2016 así como por lo dispuesto en la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud para lo cual cada año se remiten a dicha Superintendencia los estudios técnicos y actariales realizados por COLMEDICA con la finalidad de que dicho ente de control verifique que las tarifas se fijen con aplicación de los criterios exigidos por la normatividad.

COLMEDICA dentro de sus estudios técnicos realiza el cálculo de las tarifas teniendo en cuenta indicadores que afectan la tasa de riesgo como la inflación, índice de precios al consumidor, el incremento de costos y gastos inherentes a la prestación de los servicios de salud, los asociados con la edad, entre otros que influyen en su fijación.

Al 1.2. No es cierto. COLMEDICA no ha incumplido lo pactado en el contrato de medicina prepagada No. 011104268 suscrito con la señora María Teresa Vélez Giraldo. Lo anterior teniendo en cuenta que en ninguna de las cláusulas del contrato se establece como debe realizarse el ajuste de las tarifas por usuario o por la totalidad del contrato en sus renovaciones.

La cláusula III del contrato dispone que la vigencia será de 1 año y que podrá ser renovado automáticamente por un periodo igual, para lo cual HUMANA (ahora COLMEDICA) deberá notificar con 30 días de anticipación al vencimiento de la anualidad las condiciones de la prórroga. Entre las condiciones de la prórroga a notificar se encuentra la tarifa aplicar para el siguiente periodo de renovación.

Las tarifas que se aplican para cada plan en cada renovación son el resultado de los estudios técnicos y actariales cuyos resultados son remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud y son publicados en medios de amplia circulación en cumplimiento a lo dispuesto por el Decreto 1486 de 1994.

Al 1.3. Es parcialmente cierto. La señora María Teresa Vélez remitió comunicaciones por medio de las cuales indicó que no se encontraba de acuerdo con la tarifa fijada y procedió a pagar de forma arbitraria la tarifa que a su consideración debía pagar para cada una de las renovaciones del contrato sin tener en cuenta las tarifas fijadas para el plan y tipo de contrato al que pertenecía.

Los montos pagados por la señora María Teresa Vélez a COLMEDICA por concepto de tarifa del contrato No. 011104268 corresponden a los que se relacionan a continuación con respecto a las tarifas fijadas para el contrato de medicina prepagada:

AÑO	FEC PAGO	VALOR PAGADO CONTRATANTE	ORIGEN RECAUDO	VALOR TARIFA MAS IVA
2011	24/03/2011	13.157.760	COLMENA BANCO	\$ 13.157.760,00
2012	16/03/2012	13.947.226	COLMENA BANCO	\$ 13.947.226,00
2013	3/04/2013	14.271.995	CAJAS PROPIAS	\$ 12.531.494,00
2014	21/04/2014	10.403.951	CAJAS PROPIAS	\$ 15.659.897,00
2015	17/03/2015	16.395.914	CAJAS PROPIAS	\$ 16.395.914,00
2016	16/03/2016	12.410.024	CAJAS PROPIAS	\$ 17.625.623,00
2017	7/04/2017	12.107.680	CAJAS PROPIAS	\$ 19.374.424,00
2018	22/03/2018	13.252.478	CAJAS PROPIAS	\$ 20.262.161,00
2019	19/03/2019	14.070.104	CAJAS PROPIAS	\$ 21.633.519,60
2020	2/07/2020	15.149.147	CAJAS PROPIAS	\$ 23.166.402,00
2021	12/03/2021	15.649.110	CAJAS PROPIAS	\$ 23.930.907,00

Como se puede apreciar la demandante realizó el pago de las tarifas fijadas durante las vigencias 2011-2012; 2012-2013; 2015-2016 lo que contradice lo indicado en este hecho en el cual se menciona que se rechazó el cobro de las tarifas desde la vigencia 2008-2009 en adelante, no obstante pago las tarifas fijadas para el contrato, aclarando que los pagos realizados fueron aplicados al capital en mora y a cubrir los intereses causados por cada periodo por lo que en las facturas que se adjuntan como prueba se evidencia saldo pendiente por pago correspondiente al valor no pagado de las vigencias anteriores mas los intereses causados hasta la fecha del pago.

Para las vigencias 2014-2015; 2016-2017; 2017-2018; 2018-2019; 2019-2020; 2020-2021 y 2021-2022 la demandante pagó menores valores a los informados y facturados cuyos valores correspondían a la tarifa fijada menos el descuento por afiliación a la EPS más el IVA. Aclarando que en las facturas remitidas y por la mora en el pago COLMEDICA liquido los intereses por los valores en mora por lo que en las facturas el valor reflejado como a pagar es mayor que el indicado en la tabla.

- Al 1.4. No es cierto. COLMEDICA no ha suspendido los servicios de salud de los usuarios del contrato No. 011104268.

No es cierto que COLMEDICA hubiera amenazado a la señora María Teresa Vélez Giraldo con la suspensión del servicio, lo referido al respecto es una afirmación subjetiva.

Ahora bien, aunque COLMEDICA no suspendió los servicios de salud a los usuarios del contrato No. 011104268, debe anotarse, si se encontraba contractualmente facultado para proceder en tal sentido ante la mora en el pago de la tarifa del contrato, así lo establece la cláusula XIV del contrato:

"CLAUSULA XIV. - SUSPENSION DE SERVICIOS, HUMANA S.A. podrá suspender la prestación de servicios respecto del CONTRATANTE y/o USUARIO moroso en una cuota. La suspensión no exonera al CONTRATANTE y/o USUARIO del pago de las cuotas vencidas ni de las

faltantes para el vencimiento del contrato, las cuales se causan, igualmente, durante la suspensión.”

En la comunicación del 8 de julio de 2014 (no del 18 como se indica de forma equivocada en este hecho de la demanda) se informó a la señora María Teresa Vélez Giraldo que ante la mora en el pago de la tarifa se procedería a dar por terminado el contrato, lo anterior de acuerdo con lo dispuesto en las condiciones general del contrato No. 011104268, cláusula XIII – CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO, numeral 3. POR PARTE DE HUMANA, literal C, la cual establece como causal para dar por terminado el contrato por parte de HUMANA (ahora COLMEDICA) la siguiente:

“C. - En cualquier tiempo y sin perjuicio de las acciones legales o que haya lugar, cuando existan más de sesenta (60) días de mora en el pago de las obligaciones que correspondan al contratante. En todo caso, encabeza de éste subsistirá la obligación de cancelar las cuotas correspondientes a la respectiva anualidad, si dentro de ellas se hizo uso del servicio. Si el CONTRATANTE aceptare continuar pagando la cuota o su proporción, según el caso, ello no implicará continuación o renovación del Contrato.”

Al 1.5. No le consta a COLMEDICA cuales fueron los motivos por los cuales durante las vigencias referidas en este hecho la señora María Teresa Vélez Giraldo realizó los pagos correspondientes a las tarifas fijadas para el contrato No. 011104268, lo afirmado en este hecho debe ser probado.

Al 1.6. No es cierto por tratarse de afirmaciones imprecisas. En el cuadro que contiene este hecho se relacionan valores que no corresponden a los informados y publicados para el contrato plan Humana Vivir Tradicional, tal es el caso de los relacionados en la columna denominada “Valor que debía pagar la demandante según el contrato incluyendo descuentos comerciales e IVA” por cuanto en el la parte demandante calcula a su arbitrio el costo de la tarifa sin tener en cuenta que en el contrato estaban incluidos 5 usuarios uno de los cuales tenía más de 65 años.

La tarifa corresponde al resultado de sumar el valor de la tarifa del contrato con 3 usuarios, más la tarifa del usuario adicional, más la tarifa de un usuario de 65 y más años, aplicando descuentos comerciales y sumando a dicho valor el 5% que corresponde al IVA.

Lo anotado en la columna mayor valor pagado corresponde a lo que de forma subjetiva la demandante considera debió pagar, sin corresponder al valor que conforme el calculo de las tarifas debió asumir en los periodos que se relacionan en el cuadro que hace parte de este hecho de la demanda.

Al 1.7. No es cierto que la señora María Teresa Vélez hubiera pagado la tarifa correspondiente al contrato No. 011104268. De acuerdo con las tarifas publicadas para el contrato del Plan Humana Vivir Tradicional el valor correspondía a la suma de la tarifa fijada para un contrato con 3 usuarios mas la tarifa del usuario adicional mas la tarifa correspondiente al usuario de 65 y mas años.

No es cierto que en el contrario se hayan estipulado las tarifas aplicables a cada renovación, como se indicó previamente lo establecido en dicho documento es que HUMANA (ahora COLMEDICA) deberá informar cada año las tarifas aplicables para la siguiente vigencia, pero no se estipuló como

deben calcularse las tarifas por cada usuario del contrato. Las tarifas como se indicó previamente son el resultado de estudios técnicos que deben cumplir con lo establecido en el artículo 26 del Decreto 1570 de 1993.

No es cierto que la tarifa fijada para el tipo de contrato al que pertenece la señora María Teresa Vélez Giraldo sea ilegal, la mencionada tarifa es el resultado de los estudios técnicos realizados por COLMEDICA, cuyos resultados fueron comunicados a la Superintendencia Nacional de Salud, sin que respecto de las tarifas fijadas por COLMEDICA la citada Superintendencia sin haber sido sometida al régimen de autorización previa de tarifas dispuesto en el artículo 26 del Decreto 1570 de 1993 modificado por el artículo 10 del Decreto 1486 de 1994.

Al 1.8. No es cierto. Lo afirmado no corresponde a un hecho, es una afirmación subjetiva que debe ser probada en el proceso.

Al 1.9. No es cierto, tal y como consta en las comunicaciones que obran en el expediente COLMEDICA informó a la señora María Teresa Vélez Giraldo que se encontraba en mora por lo que procedió a aplicar los pagos realizados por la señora María Teresa Vélez a la deuda pendiente y a cobrar los intereses correspondientes por el valor en mora como se refleja en las facturas que se aportan como prueba.

Nótese que COLMEDICA no hizo uso de la facultad que le atribuía el contrato No. 011104268 de darlo por terminado por mora mayor a 60 días y continuó prestando servicios de salud a los usuarios de contrato a pesar de existir mora en el pago de las tarifas fijadas con la finalidad que sea un Juez de la Republica el que declare el incumplimiento del contrato.

Al 1.10. Es cierto aclarando que la expresión “supuesto” corresponde a una apreciación de la demandante y no a un hecho. COLMEDICA realizó el cobro de los intereses de mora por el valor dejado de pagar correspondiente a las tarifas pagadas parcialmente por la demandante.

Al 1.11. Es parcialmente cierto. Se aclara que los cobros de las tarifas en mora y los intereses generados no corresponden a un cobro ilegal, como se ha venido reiterando en respuesta a los hechos anteriores las tarifas fijadas por COLMEDICA para el contrato No.011104268 se encuentran ajustadas a lo dispuesto por la normatividad.

Lo indicado por la demandante en este hecho de la demanda respecto a la presunta ilegalidad de los cobros es una afirmación subjetiva.

Es cierto que COLMEDICA dio respuesta a las comunicaciones remitidas por la señora María Teresa Vélez Giraldo del 28 de febrero de 2017 y 23 de marzo del mismo año por medio de las comunicaciones de fecha 16 de marzo y 3 de abril de 2017, respecto de la respuesta emitida me atengo al contenido de dichas comunicaciones.

Al 1.12. No es cierto que COLMEDICA realice amenazas a la demandante. COLMEDICA ha venido realizando el cobro de las tarifas que corresponden al contrato Plan Humana Vivir Tradicional No.011104268 las cuales se han calculado conforme a los estudios actuariales realizados por COLMEDICA que han sido informados a la demandante y publicados en diario de amplia circulación, por lo tanto, se encuentra legitimada para realizar los cobros

correspondientes a la tarifa dejada de pagar y los intereses de mora generados.

Al 1.13. No es cierto. Lo referido en este numeral no es un hecho es una afirmación subjetiva de la parte demandante que debe ser probada en el proceso.

III. PRONUNCIAMIENTO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

Me opongo a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, por cuanto las tarifas fijadas para el contrato de medicina prepagada Plan Humana Vivir Tradicional No.011104268 celebrado entre HUMANA (Ahora COLMEDICA) y la señora María Teresa Vélez Giraldo son producto de estudios actuariales los cuales han sido informados a la demandante en la renovación de cada vigencia cumpliendo con lo dispuesto por el Decreto 1570 de 1993 compilado en el Decreto 780 de 2016 así como con lo establecido por la Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud, sin incumplir ninguna de las cláusulas del contrato por cuanto en el mismo no se estipula como debe realizarse el calculo de las tarifas, lo anterior teniendo en cuenta que existe normatividad que establece la metodología para el cálculo de estas.

En lo relacionado con la pretensión tendiente a que se declare el desacato de la sentencia proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bogotá, se entiende que la vía por medio de la cual se solicita lo pretendido no es un proceso declarativo, siendo una acción improcedente la presentada en este caso puesto que lo pretendido sería objeto de un proceso ejecutivo que no puede ser adelantado por medio de acumulación de pretensiones. No obstante, debe aclararse que no se ha incumplido el fallo al que se hace mención en la pretensión segunda de la demanda por cuanto en el mismo solo se decidió lo referente a las tarifas cobradas para las vigencias 2003-2004 hasta 2007-2008, por lo cual no es dable extender lo ordenado por la sentencia a hechos que no fueron materia del litigio y respecto de los cuales no existió decisión de fondo.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente consideramos que son improcedentes las pretensiones tendientes a la devolución de las sumas pagadas por concepto de tarifas pagadas por el contrato No.011104268 para las vigencias 2008-2009; 2009-2010; 2010-2011; 2011-2012 por haber operado el fenómeno de la prescripción respecto de estas como se expondrá en las excepciones de la demanda y respecto de todas las vigencias respecto de las cuales se solicita el reintegro por no existir incumplimiento del contrato ni de las normas que rigen las tarifas en los contratos de medicina prepagada y por ende tampoco procede el reconocimiento de intereses de mora.

También nos oponemos a la condena por concepto de perjuicios de carácter extrapatrimonial, por haberse realizado el cobro de las tarifas conforme a lo establecido por la normatividad siendo una actuación legítima el cobro de las tarifas dejadas de pagar y los intereses de mora correspondientes ante el incumplimiento del contrato de medicina prepagada por parte de la señora María Teresa Vélez Giraldo, así como a la condena en costas solicitada en la pretensión octava de la demanda.

IV. EXCEPCIONES DE MERITO

1. PRESCRIPCIÓN

Se solicita el reintegro de las sumas pagadas por la señora María Teresa Vélez desde la vigencia 2008-2009 hasta la actualidad.

De acuerdo con lo establecido por el artículo 2536 del Código Civil la acción ordinaria prescribe en 10 años.

De acuerdo con lo indicado y teniendo en cuenta que de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 94 del Código General del Proceso la demanda se interrumpirá con la presentación de la demanda y en el caso que nos ocupa la demanda de reconvenCIÓN fue presentada el 7 de julio de 2021, respecto de los periodos correspondientes a las vigencias de 2008-2009; 2009-2010; 2010-2011 y 2011-2012 habría operado la prescripción.

Conforme a lo anterior solicito respetuosamente al Despacho se declare la prosperidad de la presente excepción respecto de los períodos antes mencionados y todos aquellos respecto de los que se pruebe en el curso del proceso operó dicha figura.

2. COBRO DE LO NO DEBIDO

La parte demandante pretende la devolución de las tarifas pagadas por la señora María Teresa Vélez Giraldo en los períodos de 2008-2009; 2009-2010; 2010-2011; 2011-2012; 2012-2013; 2013-2014 y 2015-2016 por el presunto cobro indebido de tarifas fijadas para el grupo etario de personas de 65 años o más al considerar que dicha tarifa es ilegal e incumple lo pactado en el contrato de medicina prepagada.

El Decreto 1570 de 1993, establece la renovación automática en beneficio del usuario, el régimen de tarifas de los planes de medicina prepagada es de naturaleza legal y no contractual.

Son las normas de carácter imperativo que regulan las tarifas de estos planes, por lo cual las partes no tienen libertad contractual.

No existe en el ordenamiento jurídico norma alguna que obligue a las Compañías de Medicina Prepagada, a tener unos mínimos o máximos en sus tarifas, ni mucho menos unos mínimos y máximos a los reajustes de las tarifas que se hacen anualmente a los contratos de medicina prepagada, ya que dichos reajustes obedecen al marco legal.

Las Empresas de Medicina Prepagada pueden determinar libremente el valor de las tarifas de los contratos de medicina prepagada, respetando los parámetros establecidos en el numeral 4 del artículo 26 del decreto 1570 de 1.993, debiendo informar a la Superintendencia Nacional de Salud el valor de las tarifas que van a regir para el año siguiente. Por excepción, cuando se presentan ciertas situaciones, el régimen es de aprobación previa de tarifas, lo que será materia del punto siguiente.

Las tarifas que se aplican a los Contratos de Medicina Prepagada y sus aumentos tienen relación directa con los costos y gastos inherentes a la prestación de los servicios de salud. En estos costos y gastos influyen entre otros factores los avances científicos y tecnológicos, el incremento de la frecuencia en el uso de los servicios, el aumento del costo promedio de los servicios y, por supuesto, el cambio en la edad de las personas cubiertas que incrementan la morbilidad.

La misma Superintendencia de Nacional de Salud conceptualizó que los incrementos obedecen a una determinación técnica y actuarial. Al respecto indicó en el oficio No. 2-2014-033022 de 15 de mayo de 2014:

"Los planes de medicina prepagada prevén dentro de su nota técnica, en razón de la mayor probabilidad de uso de la población con edad superior a 64 años, frente a la de los demás grupos por edades inferiores, el aumento de la tarifa para los usuarios que llegaren a dicha edad, concluyendo que el incremento que se da en las tarifas de los planes, obedece a una determinación técnica y actuarial, como ya se ha manifestado, la cual, se encuentra dentro de la normatividad que rige las compañías de medicina prepagada del país, tarifas

que oficialmente son publicadas y que constituyen anexos obligatorios de los contratos”.

En un concepto de la Superintendencia Nacional de Salud (oficio 2-2015-033892 del 9 de abril del 2015) se pronunció acerca de los incrementos que pueden realizar las empresas de medicina prepagada en los siguientes términos:

Las tarifas que señalen las empresas de medicina prepagada deben reunir las siguientes condiciones:

1. *Conjugar el principio técnico de equidad económica entendiendo como la correlación positiva que debe existir entre la tarifa y el plan, sin que injustificadamente resulte gravosa para el usuario, entendiendo que no se encuentra en esta circunstancia la tarifa que en promedio ponderado no representa una utilidad superior anual sobre ingresos operacionales al quince por ciento (15%).*
2. *Sujetarse al principio de suficiencia, entendido como aquél en que la tarifa cubre razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como los de adquisición, administrativos, médico asistenciales y la posible utilidad.*
3. *Ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de homogeneidad.*
4. *Ser el producto de la utilización de información estadística que cumpla la exigencia de representatividad.*

De esta forma, el incremento en las tarifas de los planes de medicina prepagada, no corresponde a un porcentaje reglado de manera expresa y corresponde al resultado de un análisis fundamentado en estudios actuariales acordes con los planes y programas ofrecidos”. (se destaca)

Nótese que la entidad encargada de la inspección, vigilancia y control sobre las empresas de medicina prepagada claramente puntualiza que estas empresas ajustan sus tarifas con base en los principios técnicos consagrados en las normas y no con base en porcentajes reglados de manera expresa.

El Decreto 1570 de 1993 prevé en el artículo 26, numeral 2, que en caso de que la Empresa de Medicina Prepagada presente cifras con inexactitudes no justificadas, o que el incremento de las tarifas carezca del estudio actuarial correspondiente o exista un manejo ineficiente de sus gastos administrativos, la empresa se someterá al régimen de autorización previa, así:

ARTICULO 26. REGLAS GENERALES.

(...)

1. *Modificado por el artículo 10 del Decreto 1486 de 1994.- Control previo por inexactitudes. Cuando la Superintendencia compruebe que la entidad presentó cifras con inexactitudes que no estén plenamente justificadas en hechos imprevisibles o que el incremento se originó en incentivos ilegales, carencia de los estudios actuariales correspondientes, manejo ineficiente de los gastos administrativos respecto de los porcentajes ponderados del sector, ajustes en la contabilidad ordenados conforme a las disposiciones legales o requerimientos de patrimonio ordenado por la autoridad, podrá ser*

sometida al régimen de autorización previa de tarifas por un período que podrá llegar hasta los 18 meses.

Es claro entonces que las empresas de medicina prepagada tienen autonomía para definir los ajustes de las tarifas, siempre que se ciñan a los principios técnicos ya descritos.

De acuerdo con lo expuesto previamente la fijación de la tarifa en los contratos de medicina prepagada no se encuentra pactada en el contrato de medicina prepagada, nótese que ninguna de las cláusulas del contrato No.011104268 establece como deberá calcularse la tarifa en caso de renovación del contrato, por el contrario, la cláusula III del contrato establece:

“CLÁUSULA III. – VIGENCIA DEL CONTRATO. La vigencia del contrato es por el término de un (1) año, pero podrá ser renovado por un período igual si, con por lo menos treinta días de anticipación a su vencimiento, el contratante después de conocer el costo de la siguiente anualidad no manifiesta su voluntad de darlo por terminado. Para los efectos, HUMANA S.A., antes de treinta (30) días de anticipación al vencimiento de cada anualidad, notificará al CONTRATANTE, por medio que considere conveniente, con respecto a las condiciones de la prórroga o sobre la terminación del contrato.” (se destaca)

De acuerdo con la anterior es obligación de HUMANA (ahora COLMEDICA) fijar las tarifas del contrato de acuerdo cumpliendo con lo lineamientos y principios establecidos por el artículo 26 del Decreto 1570 de 1993.

Uno de los indicadores que deben ser tenidos en cuenta para el cálculo de la tarifa es el riesgo asociado con la edad, el cual es un factor que incide en la fijación de esta por lo que los estudios actariales incluyen dicho indicador de tal forma que se establecen tarifas de acuerdo con el riesgo asociado. Por tal razón la fijación de tarifas por grupo etario no contraviene ni la normatividad ni el contrato.

Este riesgo fue tenido en cuenta en el contrato de medicina prepagada desde la celebración del mismo tanto así que la cláusula IV de dicho convenio establece como grupo especial de riesgo el de las personas mayores de 66 años en lo referente a la elegibilidad en este grupo de riesgo:

“CLAUSULA IV. – ELEGIBILIDAD DE AFILIADOS E INSCRIPCIÓN DE GRUPOS MÉDICOS.

1. REQUISITOS:

a) *EDAD. Bajo las condiciones y requisitos que se establecen en este contrato, son elegibles como afiliados todas aquellas personas que EL CONTRATANTE tenga interés en vincular en calidad de usuarios al sistema de protección médico-asistencial previsto en la misma.*

Las personas mayores de cuarenta y cinco (45) años, previamente a su elección requerirán un examen médico de ingreso para determinar la existencia de condiciones que limitan el contrato a título de exclusiones.

Las personas mayores de sesenta y seis (66) años, que sean elegibles, adicionalmente a la cuota ordinaria pagaran una suma que será fijada en cada caso, existan o no exclusiones, HUMANA S.A., se reserva la facultad de ordenar examen médico de ingreso, cualquiera que sea la edad, cuando

de acuerdo con la solicitud de afiliación de su Departamento Médico lo considere conveniente como condición previa para la selección". Subrayado fuera de texto."

Conforme a lo anterior la tarifa se encuentra ajustada a lo dispuesto por la norma y el contrato y consideramos en tal sentido no procede la pretensión relacionada con el reintegro de las sumas pagadas por la demandante por concepto de las tarifas fijadas por parte de COLMEDICA, por ser obligación de la demandante en calidad de contratante cumplir con su obligación del pago de tarifa para acceder a los servicios del plan de medicina prepagada contratado respecto de todos los usuarios del contrato.

3. INEXISTENCIA DE AJUSTE ABUSIVO Y CAPRICHOSO DE LA TARIFA

COLMEDICA, con apoyo en las normas y las cláusulas contractuales, ha procedido cada año a revisar las tarifas de los planes de medicina prepagada, utilizando la metodología prevista en el artículo 26 del Decreto 1570 de 1993.

Por tanto, anualmente COLMEDICA ha elaborado un estudio actuarial en el cual ha dado aplicación a los principios rectores para el cálculo de tarifas que fueron explicados anteriormente.

Es decir, su actuación se ha ajustado al ordenamiento jurídico y dicha conducta no se ha traducido en un desequilibrio en contra de MARÍA TERESA VÉLEZ GIRALDO, ni de ningún otro usuario del contrato de medicina prepagada.

Debe tenerse en cuenta que, respecto de las coberturas en salud, el camino apropiado desde el punto de vista técnico y actuarial es que cada usuario pague la tarifa que corresponde a su grupo de edad y que los ajustes sean el resultado de la frecuencia de las utilizaciones y de los costos de atención (severidad representada en el monto promedio del costo por caso) y los gastos administrativos, más un porcentaje de utilidad razonable.

El equilibrio como atributo fundamental en las relaciones contractuales supone que la relación de intercambio se plantee en términos de equivalencia entre las partes. Tal circunstancia traducida a la medicina prepagada significa que lo pagado como precio por el usuario guarde correspondencia con la protección recibida.

COLMEDICA ha cumplido estrictamente todos los postulados normativos y técnicos del régimen de tarifas para las compañías que prestan los servicios de medicina prepagada. El comportamiento tarifario de COLMEDICA ha estado siempre ajustado a las citadas exigencias por lo cual se encuentra dentro del régimen general de autorización, es decir, que no está en régimen de control previo de tarifas, régimen que aplica en aquellos casos en que la Superintendencia Nacional de Salud determina que una compañía ha establecido tarifas contrariando y/o desconociendo tales postulados.

El reajuste aplicado en la tarifa de los contratos de medicina prepagada por COLMEDICA busca lograr el equilibrio de los contratos de los usuarios, con apoyo en los principios de:

- Equidad, ya que el estudio actuarial toma en cuenta los gastos en salud de los distintos grupos de edad, que como ya se explicó varían entre ellos, evidenciándose que a mayor edad mayor riesgo y, por tanto, mayor gasto en salud. Así entonces, las tarifas corresponderán al nivel de riesgo de cada grupo.

- Suficiencia, por cuanto en los cálculos se tomaron en cuenta los gastos de operación de la empresa y un porcentaje razonable de utilidad que no sobrepasa el 15% respecto del plan.
- Información estadística homogénea y representativa, en la medida en que COLMEDICA posee un sistema en el cual se registra el universo de afiliados y todo el gasto médico que se genera en un periodo. En otras palabras, la tarifa toma en cuenta un altísimo volumen de personas cubiertas y cientos de miles de servicios.

Como resultado de la aplicación de los principios que gobiernan las tarifas se puede concluir que los mismos permiten que se salvaguarde la relación de equivalencia propia del equilibrio contractual.

Con base en lo señalado, no existe desequilibrio entre la protección recibida por el usuario y la tarifa aplicada a su plan de salud, por cuanto, se reitera, una vez más, la tarifa es el resultado de un cálculo realizado técnica y actuarialmente.

El fundamento técnico y actuarial utilizado por COLMEDICA en la definición de los ajustes es la garantía de que su comportamiento se ha ceñido a la buena fe contractual y que las tarifas no son caprichosas ni abusivas.

4. COLMEDICA HA RESPETADO EL DERECHO A LA IGUALDAD Y NO HA REALIZADO ACTOS DE DISCRIMINACIÓN ALGUNA EN LA DETERMINACIÓN DE LAS TARIFAS

El ajuste de las tarifas que anualmente realiza COLMEDICA no vulnera el derecho a la igualdad, puesto que, se reitera, las mismas se fijan con base en las normas que regulan la materia y bajo la vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud.

Las tarifas aplicadas por COLMEDICA cumplen, como se indicó anteriormente, con los principios de equidad (a mayor riesgo mayor prima), suficiencia (la tarifa debe cubrir los costos en salud, los gastos de la entidad y un margen razonable de utilidad) y el uso de información estadística homogénea y representativa.

No puede entenderse que se está discriminando a un determinado grupo etario por tener una tarifa distinta de los demás, ya que el principio de igualdad es objetivo y no se puede imponer de manera abstracta o genérica, sin observar cada situación particular.

Lo anterior es ratificado por la Corte Constitucional en sentencia de Sala Plena del 29 de mayo de 1992, Magistrado Ponente Dr. Alejandro Martínez Caballero, en la cual se indicó respecto al principio de la igualdad:

“Ese principio de la igualdad es objetivo y no formal; él se predica de la identidad de los iguales y de la diferencia entre los desiguales. Se supera así el concepto de la igualdad de la ley a partir de la generalidad abstracta, por el concepto de la generalidad concreta, que concluye con el principio según el cual no se permite regulación diferente de supuestos iguales o análogos y prescribe diferente normación a supuestos distintos. Con este concepto sólo se autoriza un trato diferente si está razonablemente justificado. Se supera también, con la igualdad material, el igualitarismo o simple igualdad matemática” (se destaca).

En el caso concreto, COLMEDICA no ha calculado tarifas que discriminan a las personas del mismo grupo etario.

5. IMPROCEDENCIA DE LA SOLICITUD DE CUMPLIMIENTO DE UNA SENTENCIA EJECUTORIADA POR MEDIO DE UN PROCESO DECLARATIVO

Con la demanda de reconvención se pretende la declaración del desacato de la sentencia proferida por el Juzgado Sexto Civil del Circuito de Bogotá, se entiende que la vía por medio de la cual se solicita lo pretendido no es un proceso declarativo, siendo una acción improcedente la presentada en este caso puesto que lo pretendido sería objeto de un proceso ejecutivo que no puede ser adelantado por medio de acumulación de pretensiones.

Aunado a lo anterior, debe mencionarse que no se ha incumplido el fallo al que se hace mención en la pretensión segunda de la demanda por cuanto en el mismo solo se decidió lo referente a las tarifas cobradas para las vigencias 2003-2004 hasta 2007-2008, por lo cual no es dable extender lo ordenado por la sentencia a hechos que no fueron materia del litigio y respecto de los cuales no existió decisión de fondo.

V. OBJECIÓN AL JURAMENTO ESTIMATORIO

Me permito objetar el juramento estimatorio de la demanda de reconvención por no establecerse como se calcularon los valores antes relacionados, sin detallar las sumas que constituyen dicho juramento.

VI. PRUEBAS

1. Escrito de demanda presentado por María Teresa Vélez Giraldo ante Juez Civil Municipal de Bogotá.
2. Facturas emitidas por COLMEDICA para las vigencias comprendidas entre 2011 y 2021.
3. Recibos de caja como soporte de los pagos realizados por la señora María Teresa Vélez entre los años 2013 y 2021.

Las pruebas antes relacionadas pueden ser consultadas en el vínculo de la carpeta compartida:<https://drive.google.com/drive/folders/1w9N4dYXPc2Z-h1kWU5Oph-IN0K1cnvYK?usp=sharing>

I. NOTIFICACIONES

Para todos los efectos se informan las siguientes direcciones:

COLMEDICA: Calle 93 No. 19-25, Bogotá. Tel. 7565656.
Correo electrónico: notificacionesjudiciales@colmedica.com

APODERADO: Carrera 14 No. 112-20, Of 102, Bogotá. Tel. 2144186. Correo electrónico: abogado3@diazgranados.co diana.hernandezdiaz@gmail.com

Respetuosamente,

DIANA MARÍA HERNÁNDEZ DÍAZ
C.C. 52.387.568
T.P. 187318 del C. S. de la J.