REPÚBLICA DE COLOMBIA

RAMA JUDICIAL

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI

SALA DE DECISIÓN LABORAL

MAGISTRADA PONENTE: MARÍA ISABEL ARANGO SECKER

PROCESO:	Sumario
RADICADO:	76001-22-05-000-2023-00033-01
DEMANDANTE:	ORLANDO RIVEIRA PÉREZ
DEMANDADO:	COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN
ASUNTO:	Apelación Sentencia del 12 de mayo de 2022
JUZGADO:	Superintendencia Nacional de Salud
TEMA:	Reembolso gastos médicos
DECISIÓN:	CONFIRMA

Hoy, veintiocho (28) de marzo de dos mil veintitrés (2023), el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Cali, **SALA QUINTA DE DECISIÓN LABORAL** integrada por los Magistrados **FABIÁN CHÁVEZ NIÑO, NATALIA MARÍA PINILLA** y **MARÍA ISABEL ARANGO SECKER**, quien como Ponente, procede a proferir la decisión previamente aprobada por esta Sala, en atención a lo previsto en el artículo 13 de la Ley 2213 de 2022, para resolver el recurso de apelación presentado por la parte DEMANDADA contra la sentencia S2022-000398 del 12 de mayo de 2022, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales, dentro del proceso promovido por MIRYAM CECILIA RIVEIRA actuado como agente oficiosa de su padre **ORLANDO RIVEIRA PÉREZ** contra **COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN**, con radicado No. **76001-22-05-000-2023-00033-01.**

A continuación, se procede a proferir la

SENTENCIA No. 008

DEMANDA[1]

La señora MIRYAM CECILIA RIVEIRA actuado como agente oficiosa de su padre ORLANDO RIVEIRA PÉREZ, presentó demanda ante la Superintendencia Nacional de Salud contra COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, para que mediante sentencia judicial se ordene el reconocimiento y pago de la suma de $4'742.250 correspondiente al valor que asumió la reclamante por concepto de atención de urgencias, tomografía de cráneo simple, panangeografía y valoración por neurocirugía.

Como sustento de sus pretensiones, manifestó que el 18 de abril del 2020, el señor ORLANDO RIVEIRA PÉREZ presentó un fuerte dolor de cabeza con mareo, dificultad para hablar y presión alta, motivo por el cual fue ingresado a la ESE HOSPITAL SAN CRISTÓBAL donde fue estabilizado y se le ordenó una tomografía cerebral, pero COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN no tiene prestadores para dicho examen en el Municipio de Ciénaga Magdalena, por lo cual debió realizárselo de forma particular. Que el resultado del examen arrojó que el paciente tenía una hemorragia cerebral, razón por la que debía ser remitido a otro centro de atención médica, ya que el hospital no contaba con los medios para ello; sin embargo, ninguna entidad de salud en Ciénaga tenía contrato COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, por lo que fue remitido a la CLÍNICA SAIS en la ciudad de Barranquilla, desde donde se enviaron a la EPS los respectivos requerimientos para la remisión por las especializades de neurocirugía y panangeografía, pero no se recibió respuesta, viéndose en la necesidad de asumir los gastos de los servicios médicos y las ayudas diagnósticas requeridas por el señor ORLANDO RIVEIRA PÉREZ. Agregó, que después de enviar la solicitud de reembolso de los gastos médicos asumidos con su propio peculio y producto de un préstamo a intereses que debió solicitar, recibió respuesta por parte de la EPS donde aceptan reembolsar los gastos en que incurrió, pero bajo una tarifa de SOAT vigente, la cual es inferior al valor que debió cancelar para recibir los servicios de salud, necesarios para salvaguardar la vida de su padre.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA[2]

[1] Fs. 1-4 Archivo 01 Expediente Digital
[2] Fs. 39-44 Archivo 5.2 Expediente Digital

La Entidad Promotora de Salud, a través de apoderada judicial, presentó oposición a las pretensiones de la acción y, como argumentos de defensa, adujo que realizó la revisión de sus bases de datos por la solicitud del señor ORLANDO RIVEIRA y previo proceso de auditoría y con base en la normatividad vigente, el mismo fue aprobado a tarifa SOAT vigente, pero se encuentra en trámite de programación de pago. Aclaró, que el retraso se debe a los ajustes de la EPS frente a la medida preventiva de vigilancia especial y a la ejecución del plan de ajuste y recuperación financiera, situaciones que son de público conocimiento.

Propone como excepciones de fondo las que denominó: Buena fe - improcedencia de la pretensión, carencia actual de objeto, reconocimiento de rembolso a tarifas vigentes, cobro de lo no debido, genérica.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA[3]

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante Sentencia S2022-000398 del 12 de mayo de 2022, resolvió acceder a las pretensiones de la demanda y, en consecuencia, ordenó a COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, reconocer y pagar al señor ORLANDO RIVEIRA PÉREZ la suma de $4.742.250, teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 9.1.3.5.10 del Decreto 2555 de 2010, que consigna las reglas para el pago de obligaciones litigiosas originadas durante el proceso liquidatorio.

Como fundamentos de su decisión, arguyó el a quo, en síntesis, que la EPS, al contestar la demanda, se allanó a las pretensiones pues manifestó que ya había aprobado el reembolso solicitado por la parte actora, pero aun así no ha realizado la cancelación del mismo, por lo que el reembolso no se ha hecho efectivo. Asimismo, sostuvo que no le asiste razón a la EPS en señalar que el reembolso se realizará a tarifa SOAT, ya que ello equivaldría a permitir que aquélla alegue a su favor su propia culpa, pues la accionante no incurrió en los gastos médicos por capricho o arbitrariedad, sino por los yerros en que incurrió la entidad de salud. De ahí que el reembolso debe realizarse de acuerdo con los gastos demostrados, los cuales ascienden a la suma de $4.742.250. Finalmente, expuso que como la EPS está incursa en un proceso de liquidación, la cancelación del reembolso debe realizarse de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 2555 de 2010.

[3] Archivo 07 Expediente Digital

RECURSO DE APELACIÓN[4]

La apoderada de COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN presentó recurso de apelación y, como sustento del mismo, manifestó que la EPS aprobó el reembolso que había solicitado el demandante por los servicios médicos tomados particularmente, el cual fue reconocido a tarifa SOAT por valor de $1.505.100, según lo establece el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, razón por lo que la solicitud de la parte actora es improcedente. Reiteró las excepciones formuladas al contestar la demanda y expuso que a la parte actora le corresponde diligenciar y radicar el formulario de reclamación junto con el comprobante de reembolso aprobado y, en consecuencia, se debe declarar la carencia actual de objeto por hecho superado.

PROBLEMA JURÍDICO

Analizados los fundamentos fácticos de la presente acción, lo decidido por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, y el recurso de apelación propuesto por la parte pasiva, esta Sala de Decisión en cumplimiento de sus atribuciones legales, se permite establecer como problema jurídico a resolver en el *sub lite,* en estricta consonancia con las inconformidades planteadas en la alzada[5], el determinar si COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN está obligada a pagar los gastos por valor de $4.742.250 en que incurrió el señor ORLANDO RIVEIRA PÉREZ, por concepto de servicios médicos.

CONSIDERACIONES

Inicialmente la Sala debe destacar que, conforme a los artículos 60 y 61 del C.P.T.S.S., se encuentra suficientemente demostrado con la copia de la historia clínica de SAIS IPS S.A. (fs. 6-11 archivo 01 ED); el recibo de pago por valor de $350.000 expedido por el Neurocirujano Carlos Bartels, el 20 de abril de 2020 (f. 14 archivo 01 ED); la factura de venta No. E4-1568 por valor de $3.780.000, expedida por Sabbag Radiólogos S.A., el 24 de abril de 2020 (f. 15 archivo 01 ED) y el recibo de caja No. 119398 del 18 de abril de 2020, por valor de $612.250, expedido por la Clínica General Ciénaga S.A., que el señor ORLANDO RIVEIRA PÉREZ asumió el costo de una consulta de

[4] Fs. 5-12 Archivo 08 Expediente Digital
[5] Artículo 66 A del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

control por la especialidad de neurocirugía, una arteriografía vertebral bilateral selectiva con carótidas (panangiografía) y una tomografía computada de cráneo simple, que sumaron un valor total de $4.742.250, amén de ser éste un supuesto fáctico respecto del cual no existe controversia entre las partes en litigio.

Tampoco es objeto de controversia que la promotora de la acción presentó solicitud de reembolso de gastos médicos ante COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN y que la entidad aprobó el mismo, y lo hizo, pero no por el valor total asumido por el paciente, sino por valores de la tarifa SOAT, pues así es afirmado en la demanda y es confesado por la pasiva en el escrito de contestación, aunado a que así se desprende de la respuesta a la solicitud realizada por la EPS, el 22 de mayo de 2020 (fs. 12-13 archivo 01 ED).

Ahora, para resolver el problema jurídico planteado resulta preciso indicar que en los términos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, los usuarios del subsistema de seguridad social integral en salud pueden pretender mediante un proceso verbal sumario el reconocimiento de los gastos médicos, norma que en su literalidad establece:

> *«ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto (…)»* (Resalta de la Sala)

Analizando el texto de la norma anteriormente referida, resulta lógico entender, que si bien las EPS son las directas responsables de gestionar la prestación de los servicios de salud de sus afiliados de forma integral, eficiente y oportuna, a través de las diferentes Instituciones Prestadoras del servicio de Salud – IPS – con las cuales tenga contrato, en caso de inejecución en los términos previstos por el artículo 14 de la Resolución No

5261 de 1994, ello habilita al usuario para que solicite el reconocimiento de los gastos en los cuales incurrió en caso de haber sido atendido por una IPS que no tenga contrato de servicios con la respectiva EPS al cual se encuentre adscrito.

No hay que olvidar que los servicios que les corresponde prestar a las entidades que administran el SGSSS deben ser suministrados al afiliado y a su núcleo familiar en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, para que de esa forma se garantice la protección integral y los demás principios y fundamentos que inspiran el sistema, debiendo destacar que los derechos fundamentales como la salud, la vida y la dignidad humana, son el fundamento de la obligación de prestar el servicio de salud sin obstáculo alguno, porque no brindarlo en la forma como lo dispone el ordenamiento jurídico pone en peligro la vida y la integridad física de la persona, más aún, cuando se trata de un sujeto de especial protección constitucional como lo es el señor ORLANDO RIVEIRA PÉREZ, al tener 79 años de edad, ya que nació el 28 de junio de 1943, según se extrae de la copia de su documento de identidad (f. 19 archivo 01 ED).

Pues bien, esta Colegiatura de un estudio y lectura de la norma trascrita en líneas precedentes, evidencia que el legislador estableció la configuración de tres supuestos fácticos para el reconocimiento del mentado reembolso, a saber, la atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, en segundo lugar, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para la atención específica y, finalmente, en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS.

En tal contexto, de los supuestos fácticos y del estudio de los medios probatorios obrantes en el plenario, se evidencia que el reclamo deviene del último de los supuestos consagrados en la norma, esto es: «*en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios*».

Ahora bien, como se dejó sentado, no es materia de debate que el afiliado se vio en la necesidad de asumir el costo de unos servicios médicos por valor de $4.742.250, como tampoco el hecho de que la EPS reconoció que éste tenía derecho al reembolso. El eje de la controversia y punto de

discordia se centra en el valor al que está obligada la entidad a reembolsar, pues mientras la parte actora alega que se le debe reintegrar todo el costo asumido, la encartada sostiene que, de acuerdo con la legislación vigente, el reembolso procede a tarifas del SOAT.

Al respecto, la Sala comparte lo considerado por la Superintendencia Nacional de Salud dentro del fallo apelado, no sólo porque en efecto permitir que la EPS realice el reembolso de los servicios médicos por valores inferiores a los que debió asumir el paciente, sería tanto como permitir y convalidar que la entidad de salud se beneficie de su propia negligencia, ya que fue ésta la que no fue diligente en autorizar dentro de la oportunidad debida los procedimientos y ayudas diagnósticas ordenadas por los médicos tratantes, sino también porque no le asiste razón al señalar que la ley establece que el reembolso debe realizarse con base en las tarifas del SOAT.

Esto es así, porque si bien el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994 dispone que: "*Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público*", lo cierto es que ello no se traduce en que las tarifas aplicables sean las del SOAT, como al parecer lo quiere hacer ver la EPS demandada, pues de conformidad con el artículo 2.6.1.4.2.3 del Decreto 780 de 2016, vigente para la época en que se le prestaron los servicios médicos cuyo costo asumió el señor ORLANDO RIVEIRA PÉREZ, modificado actualmente por el Decreto 2644 de 2022, dispone que las cuantías de los servicios de salud -contenidas en el anexo técnico No. 1 del mentado decreto-, se aplican únicamente en los casos de víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista u otro evento aprobado, no siendo ese el caso que ahora nos ocupa, pues los servicios asumidos por el afiliado eran propios de un evento cuya cobertura estaba atribuida al Plan de Beneficios en Salud (PBS) antiguo POS, y que se rigen por la tarifa establecida por la entidad prestadora de servicios de salud IPS, de conformidad con el contrato suscrito con la respectiva entidad promotora EPS.

En ese sentido, haciendo un análisis bajo los derroteros de la lógica, la sana crítica y la experiencia, es dable concluir que, contrario a lo esgrimido por la pasiva, resulta plausible sostener que la consulta de control por la especialidad de neurocirugía, la arteriografía vertebral bilateral selectiva con carótidas (panangiografía) y la tomografía computada de

cráneo simple que se le realizaron al señor ORLANDO RIVEIRA PÉREZ debían ser asumidos por la EPS a la tarifa establecida por el prestador con cargo a la UPC.

Aunado a lo anterior, no puede pasar por alto la Sala que, de conformidad con el numeral 4.2 del artículo 4º de la Resolución 4343 de 2012, era una obligación de la entidad de salud indicar por escrito al afiliado las razones por las cuales le era negado el servicio de salud y las ayudas diagnosticas ordenadas por los médicos tratantes, pero en este caso, no se observa el respectivo formato de negación de servicios diligenciado por COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, como tampoco obra la respuesta a la solicitud de autorización de servicios médicos por la especialidad de neurocirugía remitida a COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN por parte de SAIS IPS S.A., donde estaba siendo atendido el paciente (f. 17 archivo 01 ED), siendo esas situaciones las que, como se ha venido indicando a los largo de esta providencia, obligaron al señor ORLANDO RIVEIRA PÉREZ a asumir los costos para recibir la atención de salud que requería de forma oportuna.

En ese sentido, no puede llegar la Sala a un conclusión distinta sino que al promotor de la acción le asiste el derecho al reembolso del valor total de los servicios médicos que debió asumir de su propio peculio ante la evidenciada negligencia de COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN, quien tenía la carga de demostrar, si quería sustraerse de la obligación de reembolso, que los valores cobrados por el afiliado no eran los que canceló a la IPS, o que en realidad los servicios médicos no fueron recibidos o que los montos no eran los tarifados por el prestador; sin embargo, no cumplió con dicha carga probatoria, pues se limitó a señalar que las tarifas aplicables eran las del SOAT, lo cual, como ya se explicó, no resulta acertado. En contraposición, la parte actora si acreditó con suficiencia, como se expuso al inicio de estas consideraciones, que los servicios médicos fueron ordenados por los médicos tratantes, fueron efectivamente prestados por la IPS y recibidos por el paciente, quien asumió su costo.

Corolario de lo expuesto, la Sala no encuentra argumentos de hecho o de derecho que la lleven a revocar la sentencia de primera instancia como lo pretende el recurrente y, en consecuencia, la decisión será CONFIRMADA en su integridad. Costas de esta instancia a cargo de la parte DEMANDADA, por no haber prosperado su recurso de apelación. Inclúyanse como

agencias en derecho una suma equivalente a un SMMLV al momento de su pago.

Por lo expuesto, la **SALA QUINTA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

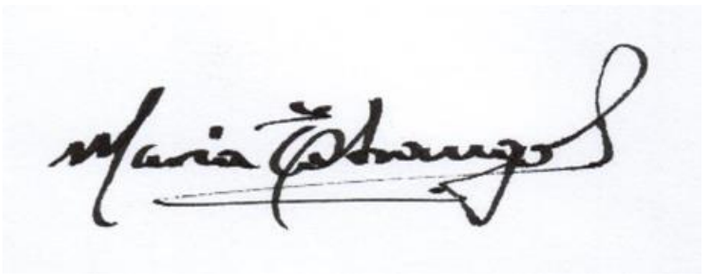
RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la S2022-000398 del 12 de mayo de 2022, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, conforme lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

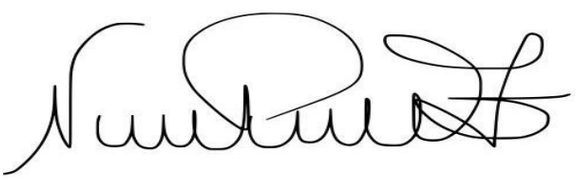
SEGUNDO: COSTAS de esta instancia a cargo de la parte DEMANDADA. Inclúyanse como agencias en derecho una suma equivalente a un SMMLV al momento de su pago.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,



MARÍA ISABEL ARANGO SECKER



FABIAN MARCELO CHAVEZ NIÑO **NATALIA MARÍA PINILLA ZULETA**