

REPÚBLICA DE COLOMBIA RAMA JUDICIAL



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI
SALA DE DECISIÓN LABORAL**

DEMANDANTE: JESÚS DARÍO JARAMILLO GIRALDO
DEMANDADO: COOMEVA E.P.S. S.A.
RADICACIÓN: 76001-22-05-000-2021-00137-01
ASUNTO: Apelación sentencia de mayo 19 de 2020
ORIGEN: Superintendencia Nacional de Salud
TEMAS: Rembolso gastos médicos
DECISIÓN: CONFIRMA

MAGISTRADA PONENTE: MARÍA ISABEL ARANGO SECKER

En Santiago de Cali, Valle del Cauca, hoy, treinta y uno (31) de mayo de dos mil veintitrés (2023), la Sala Quinta de Decisión Laboral del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Cali, conformada por los Magistrados FABIAN MARCELO CHAVEZ NIÑO, NATALIA MARÍA PINILLA ZULETA y MARÍA ISABEL ARANGO SECKER, quien actúa como ponente, obrando de conformidad con el artículo 13 de la Ley 2213 de 2022, procedemos a proferir la decisión previamente aprobada por esta Sala, resolviendo el recurso de apelación presentado por la parte DEMANDADA contra la Sentencia No. 2020-000871 del 19 de mayo de 2020, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales, dentro del proceso sumario promovido por **JESÚS DARÍO JARAMILLO GIRALDO** contra **COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN**, con radicado No. **76001-22-05-000-2021-00137-01**.

SENTENCIA No. 075

DEMANDA¹. Pretende el promotor de la acción se ordene a COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN el reconocimiento económico por valor de \$4.157.700 por concepto de gastos médicos en los que incurrió por la atención de urgencias recibida por su señora madre, Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.), en la Clínica Farallones de esta ciudad, lo días 23, 24 y 25 de diciembre de 2016.

Como sustento de sus pretensiones, manifestó que fue obligado a cancelar la suma de \$4.157.700 por la hospitalización de su madre

¹ Fs. 3-5 Expediente Digital

Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.) en la Clínica Farallones de Cali, del 3 al 5 de diciembre de 2016, debido que, por un error de COOMEVA E.P.S. EN LIQUIDACIÓN S.A., la paciente aparecía como desvinculada de la seguridad social en salud, pues no había actualizado el estatus de la afiliación realizada en 2005 a beneficiaria adicional en septiembre de 2016. Agregó, que previo a acreditar que la validez de la afiliación de su señora madre ante la EPS, le solicitó a ésta el reintegro de la suma pagada por gastos médicos, pero la misma no fue aprobada bajo el argumento de trámites nulos.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN.² La entidad se opuso a la prosperidad de las pretensiones y, como argumentos de defensa, expuso que, realizada la verificación en el sistema, la señora Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.) siempre estuvo afiliada en estado activo, por lo que no hubo negación en la atención, lo que hace improcedente la solicitud de reembolso. Propuso las excepciones de fondo que denominó: Inoperancia de reconocimiento de reembolso, reconocimiento de reembolso a tarifas vigentes, responsabilidad exclusiva del demandante, inexistencia de la obligación por parte de COOMEVA E.P.S. S.A., buena fe, genérica.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante Sentencia No. 2020-000871 del 19 de mayo de 2020, ordenó a COOMEVA E.P.S. S.A. pagar en favor de la masa sucesoral de Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.), la suma de \$4.157.700.

Como fundamentos de su decisión, la entidad de vigilancia y control indicó que, teniendo en cuenta el informe técnico científico del profesional de la salud adscrito al despacho, la señora Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.) había recibido en la Clínica Farallones de Cali una atención de urgencia, pues se trataba de una alteración en la integridad física que requería atención médica inmediata e impostergable. Agregó que, verificada la Base de Datos Única de Afiliados, para la época en que se requirió el servicio médico, la paciente se encontraba afiliada a COOMEVA E.P.S. S.A., por tanto, era la entidad aseguradora la que debió asumir el costo de los servicios brindados por la IPS, pues la atención de urgencias se encuentra

² Fs. 59-68

incluida en el PBS. Finalmente, sostuvo que no era de recibo el argumento de que el reembolso debía ordenarse a tarifas vigentes o Soat, ya que ello equivaldría a aceptar que la EPS alegue su propia culpa en su favor, por lo que debía reembolsar los gastos médicos demostrados.³

IMPUGNACIÓN Y LÍMITES DEL AD QUEM

La **PARTE DEMANDADA** apeló el fallo y, como sustento de la alzada, argumentó que a través del área de auditoría de reembolsos de la EPS se evidenció que la afiliación de la Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.) no pudo ser acreditada por falta de documentos, donde el asesor los solicitó en varias oportunidades, pero nunca fueron entregados, ya que, para la inclusión de usuarios adicionales, además de la documentación de ley, se debe acreditar su condición de adicional. Asimismo, que la atención en salud se solicitó como usuario particular y en tal calidad le fueron prestados por la IPS. Sin embargo, indicó que el reembolso debe ordenarse a tarifas vigentes conforme el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994.⁴

PROBLEMA JURÍDICO

En estricta consonancia con los reparos invocados en la alzada, se centra a resolver si COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN está obligada a reembolsar la suma de \$4.157.700 por concepto de gastos de servicios médicos en que se incurrió en la atención de salud recibida por la señora Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.) en la Clínica Farallones de Cali.

Como no se advierte causal de nulidad que invalide lo actuado, debe la Sala pronunciarse sobre los temas planteados, previas las siguientes,

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 factura de venta CFCL 0000670130, por valor de \$4.157.700, expedida por la Clínica Farallones de Cali, el 26 de diciembre de 2016, que la señora Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.) recibió atención médica en la referida entidad de salud, entre el 23 y el 26 de diciembre de 2016, la cual fue cancelada por el monto antes indicado en calidad de usuario particular (f. 7-12 ED). También se encuentra acreditado que la señora Herminia Giraldo

³ Fs. 79-95 Expediente Digital

⁴ Fs. 115-120 Expediente Digital

Ortiz (Q.E.P.D.) falleció el 11 de enero de 2017, según se desprende de su registro civil de defunción (f. 75 ED). Asimismo, no es objeto de controversia que el promotor de la acción presentó solicitud de reembolso de gastos médicos ante COOMEVA E.P.S. S.A., el 18 de enero de 2017 (f. 15 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, esa inejecución en los términos previstos por el artículo 14 de la Resolución No 5261 de 1994, permite habilitar 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 disponga de contrato de servicios con la respectiva EPS al cual se encuentre adscrito, en caso de que se trate de atención de urgencias.

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 sujetos de especial protección constitucional como lo era la señora Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.), quien para la fecha de la atención de urgencias recibida en la Clínica Farallones de Cali, contaba con 87 años de edad (f. 7 ED).

Pues bien, respecto a este asunto, esta Colegiatura de un estudio de la norma transcrita en líneas precedentes, evidencia que el legislador estableció la configuración de tres supuestos facticos 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, se itera, ello de una lectura minuciosa de la normatividad.

En tal contexto, de los supuestos fácticos y del estudio de los medios probatorios obrantes al plenario, se evidencia que el reclamo jurisdiccional encuadra en el primero y el último de los supuestos consagrados en la norma, esto es: *“atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.”* 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.”*

Ahora bien, como se dejó sentado en líneas que anteceden, no es materia de debate que la paciente asumió el costo de unos servicios médicos relativos a una atención de urgencias que ascendieron a la suma de \$ \$4.157.700. El eje de la controversia se centra en si está o no obligada la EPS demandada en reintegrar dichos gastos y, de ser así, si a ese mismo valor debe corresponder el reembolso, 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.

Frente al primer aspecto, la recurrente sostiene que no está obligada en asumir los gastos médicos, en razón a que la afiliación de la señora Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.) como beneficiaria adicional del señor JESÚS DARÍO JARAMILLO GIRALDO no pudo ser acreditada por falta de documentos, que nunca fueron entregados. Sin embargo, dicho argumento resulta inane para controvertir la decisión de primera instancia, no sólo porque es totalmente contrario al de la defensa expuesto en la contestación de la demanda, sino que de conformidad con el certificado de semanas cotizadas expedido por COOMEVA E.P.S., el 26 de diciembre de 2016 (f. 13 ED) y la consulta a la Base de Datos Única de Afiliados realizada por la Superintendencia Nacional de Salud (fs. 77-78 ED), para la fecha en que la paciente recibió la atención de urgencias en la IPS, se encontraba activa y válidamente afiliada a la EPS como beneficiaria adicional del promotor de la acción, quien era el cotizante cabeza de familia.

En lo que respecta al valor a reintegrar por parte de COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN, la Sala comparte enteramente lo considerado por la Superintendencia Nacional de Salud dentro del fallo apelado, no solo 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 al estar válidamente afiliada la paciente era la entidad la que debió asumir el costo de los servicios de salud, 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 la usuaria, 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 la afiliada 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.

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 el costo de la atención de urgencias recibida por la señora Herminia Giraldo Ortiz (Q.E.P.D.) en la Clínica Farallones de Cali, debía ser asumido por la EPS a la tarifa establecida por el prestador con cargo a la UPC.

Por todo lo anterior, no puede llegar la Sala a una conclusión distinta sino que, en efecto, asiste el derecho al reembolso del valor total de los servicios médicos que debió asumir la afiliada de su propio peculio ante la evidenciada negligencia de COOMEVA E.P.S. S.A., 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 la afiliación no se llevó a cabo y que las tarifas aplicables eran las del SOAT, lo cual, como ya se explicó, no resulta acertado. En contraposición, la parte actora sí acreditó con suficiencia, como se expuso al inicio de estas consideraciones, que los servicios médicos fueron efectivamente prestados por la IPS y recibidos por la paciente, quien asumió su costo.

Así las cosas, la Sala no encuentra argumentos de hecho ni 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 en esta instancia a cargo de COOMEVA E.P.S. S.A. por no haber prosperado el recurso de apelación. Inclúyanse como agencias en derecho una suma equivalente a un SMMLV, al momento de su pago.

En mérito de 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,

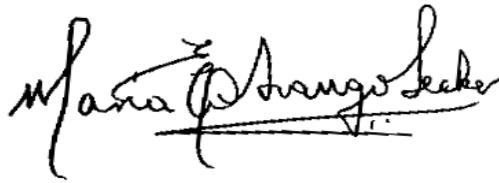
RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la Sentencia N No. 2020-000871 del 19 de mayo de 2020, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, conforme lo expuesto en la parte motiva de esta providencia:

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia a cargo de **COOMEVA E.P.S. S.A. EN LIQUIDACIÓN**. Inclúyanse como agencias en derecho una suma equivalente a un SMMLV, al momento de su pago

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

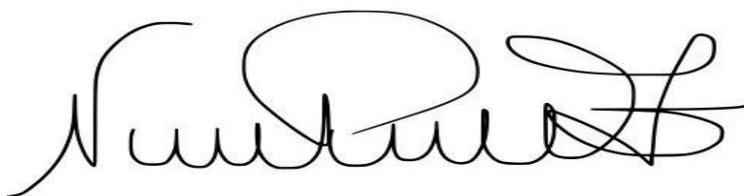
Los Magistrados,



MARÍA ISABEL ARANGO SECKER



FABIAN MARCELO CHAVEZ NIÑO



NATALIA MARÍA PINILLA ZULETA