



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

**ARLYS ALANA ROMERO PÉREZ
Magistrada Ponente**

Proceso	Apelación Sentencia Superintendencia Nacional de Salud
Demandante	María Cristina Márquez López
Demandado	Coomeva EPS en liquidación
Radicado	76001220500020230030800

Sentencia N°. 34

Aprobada mediante acta No.34

Santiago de Cali, veintidós (22) de enero de dos mil veinticuatro (2024)

Procede la Sala Quinta de Decisión Laboral a pronunciarse¹ frente al recurso de apelación formulado por **COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN** contra la sentencia S2023-000632 de 08 de junio de 2023, emitida por la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales y de conciliación, al interior del proceso instaurado por **MARÍA CRISTINA MÁRQUEZ LÓPEZ** contra la apelante.

I. ANTECEDENTES

Pretendió la demandante se ordene a COOMEVA EPS en liquidación, el reconocimiento y pago de \$32.456.940, a título de reembolso de los gastos médicos en los que tuvo que incurrir su cónyuge fallecido, para la realización de *“radiocirugía esterotáctica intracraneal de múltiples fuentes de fotones, así como los*

¹ La sesión se lleva a cabo virtualmente mediante el uso de las TIC, de conformidad con los artículos 1º y 2º de la Ley 2213 de 2022, y se profiere sentencia escrita, según lo dispuesto en el numeral 1º del artículo 13 *ibidem*, que modificó el artículo 82 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social

gastos relacionados al mismo, los cuales fueron ordenados para el tratamiento de sus diagnósticos, 1.- tumor maligno secundario del encéfalo y de las meningescerebrales (C739), 2.- Otros trastornos del trigémino (G508)”. Igualmente, solicitó que las sumas reconocidas fueran indexadas y que se pagaran los intereses moratorios conforme lo establecido en el parágrafo 2º del artículo 2.2.3.1 del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud (Decreto 780 de 2016).

Como sustento de sus pretensiones, indicó que el 22 de agosto de 2018, su esposo fallecido Temístocle José Arteaga, fue valorado por el especialista en neurocirugía, quien le ordenó la realización de *“RADIOCIRUGÍA INTRACRANEAL DE MÚLTIPLE FUENTE DE FOTONES (PLANEACIÓN COMPUTARIZADA Y SIMULACIÓN VIRTUAL)”*, procedimiento que fue autorizado por la EPS tras orden de tutela que amparó sus derechos fundamentales, trámite en el que además se vio obligado a presentar incidente de desacato por el incumplimiento de la orden judicial.

Informó que el 12 de febrero de 2019 lo valoraron en el Instituto Neurológico de Colombia para validar si era candidato al procedimiento, sin embargo, el 18 de febrero del 2019, la Junta Médica resolvió que no lo era, negando la realización del procedimiento quirúrgico, pese a contar con fallo constitucional a su favor. Ante tal negativa, el 28 de febrero del mismo año, el paciente y su familia consultaron de forma particular a un médico especialista en neurocirugía, subespecialista en microcirugía vascular y de la base del cráneo, quien recomendó: *“Primer abordaje. Radioterapia estereotáctica con Gamma-Knife para múltiples lesiones metastásicas y del núcleo talámico lateral”*.

Igualmente, en valoración médica que pagó el usuario en la Fundación Clínica SHAIQ, en la ciudad de Bogotá, le indicaron: *“como mejor opción terapéutica RADIOCIRUGÍA ESTEROTACTICA INTRACRANEAL DE MÚLTIPLES FUENTES DE FOTONES para todas las lesiones cerebrales y oculares descritas (...)”*.

Informa que la EPS continuó renuente en autorizar el procedimiento pese a la existencia de otros conceptos médicos, por lo que el 26 de marzo de 2019 fue realizada de forma particular la cirugía “*RADIOCIRUGÍA ESTEROTACTICA INTRACRANEAL DE MÚLTIPLES FUENTES DE FOTONES*” en la Fundación Clínica SHAIIO, en la ciudad de Bogotá.

Que el 29 de mayo de 2019, la actora radicó ante la EPS solicitud de reembolso de los gastos médicos suscrita por su esposo, indicando que el total de los gastos ascendía a \$32.456.940, que Coomeva EPS la respondió el 07 de julio de 2019 negando el reembolso, tras señalar que la decisión de pagar de forma particular el servicio médico fue libre y voluntaria del usuario, sin injerencia de la EPS, por lo que no estaba obligada a reconocer tales. Que el cónyuge de la demandante falleció el 07 de agosto de 2019, y ante tal situación, nuevamente petitionó a la EPS le reembolsara los gastos médicos costeados de forma particular, solicitud que también fue despachada desfavorablemente el 10 de septiembre de 2019.

II. TRÁMITE IMPARTIDO

Inicialmente, la Superintendencia Nacional de Salud, emitió el auto A2021-001369 del 15 de abril del 2021, en virtud del cual inadmitió la demanda por haberse omitido aportar la historia clínica del paciente, siendo subsanada tal falencia, conforme se visualiza en el archivo No. 3 del expediente digital. La Superintendencia admitió la demanda con auto A2021-003214 del 21 de octubre de 2021, y ordenó correr traslado a la demandada. En el mismo auto, requirió al prestador Clínica SHAIIO y Salud Total EPS información relacionada con la prestación de los servicios médicos cuyo reembolso pretende la actora.

III. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Contestación Fundación ABOOD SHAIIO

La entidad vinculada al trámite, a través de correo de 08 de noviembre de 2021, emitió respuesta a la demanda en los siguientes términos: que el paciente fallecido ingresó a la clínica el 26 de marzo de 2019 para la realización de procedimiento quirúrgico el cual costó con sus propios recursos, por lo que no se verificó la entidad responsable del pago de los servicios de salud, que la entidad no tiene ningún vínculo con COOMEVA EPS en liquidación, y tampoco pertenece a la red de prestadores de la EPS demandada; y que el costo del procedimiento fue de \$26.200.000, según se observa en la factura de venta y la historia clínica del paciente.

Contestación COOMEVA EPS en liquidación

La entidad demandada se opuso a la prosperidad de las pretensiones incoadas y, en su defensa, formuló las excepciones que denominó: *“falta de cumplimiento de los requisitos de ley para reconocimiento de reembolso por no encontrarse probada la negativa justificada o negligencia por parte de COOMEVA EPS SA – buena fe; falta de cumplimiento de los requisitos de ley para el reconocimiento de reembolso – solicitud extemporánea; inexistencia de la obligación por parte de Coomeva EPS SA; responsabilidad exclusiva del demandante; excepción genérica”*.

Solicitó se nieguen las pretensiones por ser improcedentes, tras indicar que la EPS actuó con diligencia, incluso, cuando el paciente presentó la historia clínica y la orden de consulta particular. Expuso que, ante la orden judicial de tutela en su contra, procedió a someter a los médicos especialistas adscritos a la EPS los conceptos médicos particulares, quienes emitieron su concepto y que el paciente decidió realizarse la cirugía con sus propios recursos sin mediar remisión desde la red de atención de la EPS, por tanto, no le corresponde a esta última reconocer suma de dinero alguna.

Contestación SALUD TOTAL EPS-S

La entidad vinculada, dio respuesta a la demanda el 10 de noviembre de 2021.
En su respuesta señaló lo siguiente:

“Me permito acreditar ante la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, el documento denominado “CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – TEMISTOCLES JOSE ARTEAGA ARTEAGA”, en el cual se puede evidenciar que el señor Arteaga no fue afiliado de SALUD TOTAL EPS; para el 18 de octubre de 2011 la señora MARÍA CRISTINA MARQUEZ LOPEZ solicitó el traslado para SALUD TOTAL, sin embargo fue negado por su EPS de origen (SALUDCOOP).

Aunado a todo lo anteriormente expuesto, cabe aclarar al ente de control que el señor Temistocles Jose Arteaga Arteaga, no ostentó la calidad de afiliado a mi representada, lo que imposibilita a SALUD TOTAL EPS-S S.A. de haber prestado un servicio integral”

IV. DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Nacional de Salud, a través de la sentencia S2023-000632 de 08 de junio de 2023, resolvió:

“(…) SEGUNDO. ACCEDER PARCIALMENTE a la pretensión formulada por el doctor Javier Darío Gómez Palencia, apoderado judicial de la señora Mara Cristina Márquez López, identificada con la cédula de ciudadanía No. 50.846.264, en contra de COOMEVA EPS, EN LIQUIDACIÓN, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

TERCERO. ORDENAR a COOMEVA EPS, EN LIQUIDACIÓN, el reconocimiento económico y pago a favor de la masa sucesoral del señor Temístocle José Arteaga Arteaga (q.e.p.d.), quien en vida se identificaba con la cédula de ciudadanía No. 78.019.044, de veintisiete millones doscientos cincuenta mil setecientos cuarenta pesos m/cte (\$27.250.740,00), conforme a lo dispuesto en el Decreto 2555 de 2010, que consigna las reglas para el pago de obligaciones litigiosas originadas durante el proceso liquidatorio.

CUARTO. DESVINCULAR del presente proceso a SALUD TOTAL EPS, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

(…)”

V. RECURSO DE APELACIÓN

La sentencia fue apelada por COOMEVA EPS en liquidación, en los siguientes

términos:

“Al hacer lectura juiciosa del fallo emitido por la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, se pudo evidenciar que al momento de emitir fallo no se pronunció sobre la excepción propuesta, cuando estaba claro que la usuaria debía radicar la solicitud de reembolso de conformidad con lo establecido en la Resolución 5261 de 1994 mediante la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en especial a lo ordenado en su artículo 14, mediante el cual se fundan los requisitos para que proceda el reconocimiento de reembolsos por parte de la EPS.

(...)

Cabe indicar que la usuaria debió presentar la solicitud de reembolso ante COOMEVA EPS ahora en LIQUIDACIÓN, dentro de los quince (15) días siguientes del alta, sin embargo, la demandante radicó la solicitud de reembolso de los gastos en los que incurrió pasados 65 días de la prestación del servicio, estando a todas luces por fuera de la fecha límite establecida en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994.

(...)

Ahora bien, haciendo la lectura juiciosa de los documentos aportados en la demanda, de los argumentos dados por el demandante, y los argumentos esgrimidos en el fallo, se evidencia que se dan por sentados los requisitos exigidos por el artículo 191 del Código General del Proceso, entendiéndose así la “confesión del demandante”, en que accedió de manera libre y voluntaria a los servicios de salud Radiocirugía estereotáctica dosis única con gamma y anestesia, así como los del servicio transporte para el usuario señor Temístocle José Arteaga Arteaga, (q.e.p.d.), hecho por el cual así debió declararse, pues quedó demostrado con las pruebas aportadas, que el demandante señor Temístocle José Arteaga Arteaga, (q.e.p.d.), contaba con la prestación de los servicios de salud que le estaba proporcionando COOMEVA EPS ahora en LIQUIDACIÓN, pues así quedó probado con la prestación de servicios con la que contaba para su regional Noroccidente con la IPS Fundación Instituto Neurológico de Colombia, con la capacidad de prestar el servicio requerido al paciente, donde no solamente fue evaluado por un Neurocirujano en particular, sino que participó en una junta Multidisciplinaria de especialistas quienes consideraron que el abordaje de este caso en particular mediante Radiocirugía Intracraneal de Múltiples Fuentes de Fotones, no era el más adecuado dadas las múltiples lesiones metastásicas que el paciente padecía en ese momento y manifestaron que el paciente era candidato del procedimiento Radioterapia Holocraneal”.

VI. TRÁMITE EN SEGUNDA INSTANCIA

Por medio de auto de 24 de noviembre de 2023, este Tribunal corrió traslado a las partes para que formularan alegatos de conclusión.

VII. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Dentro del término de traslado, la demandante, Mara Cristina Márquez López solicitó se conforme la sentencia de instancia, sin más pronunciamientos.

Las demás partes, guardaron silencio.

VIII. COMPETENCIA DEL TRIBUNAL

Le compete a esta Corporación resolver, en segunda instancia, sobre las materias que fueron apeladas en atención al artículo 66 A del Código del Procedimiento del Trabajo y de la Seguridad Social modificado por el artículo 35 de la Ley 712 de 2001, en concordancia con el artículo 60 de la Ley 1949 de 2019, modificatorio del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007.

IX. CONSIDERACIONES

Para tal efecto, es preciso señalar qué no es materia de discusión en este asunto: (i) que el paciente (*fallecido*), padecía tumor maligno secundario del encéfalo y de las meninges; (ii) que le fue realizada *radiocirugía intracraneal de múltiple fuente*; (iii) que la cirugía descrita tuvo un costo total de \$26.200.000, de conformidad con la factura de venta No.3988589 del 29 de marzo de 2019, que obra en el archivo No.6 del expediente, valor que asumió el paciente; (iv) que la demandante es la cónyuge del paciente fallecido, conforme al registro civil de matrimonio visible en el archivo No.1 pág. 16 del expediente digital; (v) que el procedimiento *radiocirugía intracraneal de múltiple fuente de fotones*, fue ordenada por el médico neurólogo Bernardo Pérez Valencia adscrito a la IPS Centro Médico Imbanaco, el cual pertenece a la red de prestadores de servicio de salud

de la EPS demandada (pág.19 archivo No.1, expediente digital); (vi) mediante sentencia de tutela proferida por el Juzgado Tercero Penal Municipal de Montería, se le ordenó a la EPS accionada autorizar el procedimiento referido y los transportes para el desplazamiento (pág.20 - 36, archivo No.1, expediente digital); (vii) le fue realizado el procedimiento al paciente el 26 de marzo de 2019, conforme a la factura de venta No.3988589 emitida por la Fundación Clínica SHAI0, asumiendo el paciente los costos (pág.51, archivo No.1, expediente digital); (viii) que el 29 de mayo de 2019 la esposa del paciente solicitó a la accionada los costos médicos asumidos (pág.52 - 60), lo cual, fue negado por la EPS COOMEVA el 07 de julio de 2019 (pág.61 - 62); (ix) que nuevamente el 20 de agosto de 2019, la esposa del paciente fallecido solicitó el reembolso de los dineros (pág.63 - 69), solicitud que también fue negada el 10 de septiembre de 2019 (pág.70).

Para resolver la alzada se abordarán los siguientes tópicos: **(i) sobre el término contenido en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994; (ii) sobre la existencia de orden médica para la realización del procedimiento “radiocirugía intracraneal de múltiple fuente de fotones” por parte del personal médico adscrito a la EPS demandada; (iii) conclusiones.**

(i) Sobre el término contenido en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994;

Como primera premisa normativa, tenemos la Resolución No.5261 de 1994 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, que constituye un manual para garantizar la efectiva prestación y acceso a los servicios del Sistema de Seguridad Social en Salud, que, en su artículo 14 nos indica:

ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario. (sic) 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 (sic) 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.

El término de quince (15) días para la radicación de solicitud de reembolso de gastos por servicios médicos ante la Entidad Promotora de Salud, no puede asimilarse a un término de prescripción o caducidad, ya que se trata de una regla formal de procedencia de la reclamación administrativa, y no de un término con carácter extintivo de la obligación.

Al respecto, debe entenderse que el término perentorio especificado en el artículo 14 de la Resolución No.5261 de 1994 hace referencia al trámite administrativo que el usuario puede agotar ante la Entidad Promotora de Salud, pero el vencimiento del mismo no extingue la obligación, ni impide al interesado ejercer la acción jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud o el Juez Laboral.

De este modo, dado que las Entidades Promotoras de Salud tienen dentro de sus obligaciones la guarda del derecho fundamental a la salud, y que, por expresa disposición del régimen de seguridad social deben garantizar la efectividad de los servicios que ofrecen y el acceso oportuno a los mismos a los usuarios del sistema, la Sala considera que, para contabilizar el término prescriptivo de la acción es preciso remitirnos al artículo 151 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, por tratarse de derechos de índole social y fundamental, debiendo sujetarse a las reglas de prescripción en materia laboral:

ARTICULO 151. PRESCRIPCIÓN. Las acciones que emanen de las leyes sociales

prescribirán en tres años, que se contarán desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible. El simple reclamo escrito del trabajador, recibido por el {empleador}, sobre un derecho o prestación debidamente determinado, interrumpirá la prescripción pero sólo por un lapso igual.

Al respecto, la Corte Constitucional, ha indicado en sentencia T-594 de 2007, reiterada, por ejemplo, en la sentencia CC T-650/2011, lo siguiente:

Pero, adicionalmente, la vulneración de los derechos del actor se torna más gravosa por cuanto la entidad accionada negó el reconocimiento de dicha prestación con fundamento en el incumplimiento de un requisito meramente formal, cual es el hecho de que la reclamación fue presentada de forma extemporánea, esto es, vencido el término establecido en el numeral 6.1.7 de la Resolución 2475 de 2004, proferida por el Instituto de Seguros Sociales, según el cual los afiliados cuentan con un plazo de sesenta (60) días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente a la referencia del paciente en casos de urgencia, para formular la solicitud de reembolso.

Sobre el particular, lo primero que debe señalarse es que el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ninguna manera como un término prescriptivo de la obligación que tiene el I.S.S. de reconocer a sus usuarios, el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo en mención corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la propia entidad, razón por la cual el vencimiento del mismo no puede de manera alguna tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le asisten.

Pero adicionalmente, para esta Sala es claro que la exigencia de este requisito por parte de la entidad accionada, dadas las circunstancias particulares del accionante, requería ser atemperada a la luz de los mandatos constitucionales, en particular, del deber de solidaridad establecido en la Carta Política. En efecto, la importancia de la función que tienen a su cargo las entidades prestadoras de servicios de salud, implica que la aplicación de requisitos como el señalado no pueda corresponder a un mero ejercicio automático de adecuación, que no consulte las circunstancias especiales que pueda revestir cada caso concreto. La anterior consideración adquiere una importancia mayor en aquellos eventos en los cuales la única razón para negar el reconocimiento de la prestación solicitada, es precisamente el incumplimiento de un presupuesto formal, como lo es el del término para elevar la solicitud de reembolso correspondiente ante la entidad.

Teniendo en cuenta que la reclamación de reembolso atiende a servicios que fueron tomados de forma particular por el paciente fallecido en salvaguarda de su salud, y que estos servicios están cubiertos por el Plan de Beneficios de Salud, puede concluirse que es obligación de la EPS Coomeva reembolsar los dineros

asumidos por el usuario, máxime cuando se tuvo por probado y así lo ratifica la Sala con las pruebas arrimadas al proceso, que el usuario debió acudir a medidas económicas extremas para velar por su integridad física debido a la negligencia y demora de la EPS, quien según se evidencia, incurrió en retardos y maniobras dilatorias a la hora de autorizar y practicar el procedimiento quirúrgico que había sido ordenado por el especialista en neurocirugía adscrito a la red de esa misma entidad, no dejando otro camino al paciente más que costear por sus propios medios el procedimiento ordenado por el galeno.

Entonces, al tratarse de un procedimiento necesario para tratar la condición médica del paciente, según lo dictaminó el médico especialista adscrito a la red médica de su EPS y cuyos costos tuvo que sufragar el enfermo ante la tardanza y las trabas administrativas que le impuso Coomeva EPS, en una actuación reprochable y contraria a los principios de solidaridad y dignidad humana que rigen el sistema, es claramente plausible el reembolso pretendido a través de este mecanismo.

En conclusión, el argumento traído por la apelante sobre la inobservancia del término contenido en la Resolución No.5261 de 1994, no extingue la obligación de las EPS relacionadas con el suministro y asunción de costos por servicios de salud, tratamientos, medicamentos, etc., pues aunque el paciente, a través de su cónyuge, haya reclamado el 29 de mayo de 2019 el reembolso de los gastos de salud en que incurrió, esto es, 60 días después el alta del paciente (29 de marzo de 2019), lo cierto es que, ello, como ya se dijo, no constituye un término de prescripción o caducidad, tal y como lo ha estimado la Corte Constitucional en las sentencias precitadas.

ii) sobre la existencia de orden médica para la realización del procedimiento *radiocirugía intracraneal de múltiple fuente de fotones* por parte del personal médico adscrito a la EPS demandada;

Para resolver este punto, es imperioso traer a colación la respuesta emitida por

la entidad COOMEVA EPS en liquidación, a la primera solicitud de reembolso que data del 29 de mayo de 2019. En esta respuesta (pág.61 - 62, archivo No.1, expediente Superintendencia), la entidad justifica la negación del reembolso por tratarse de un servicio de salud que fue adquirido por el paciente de forma particular, atendiendo a su decisión *libre y voluntaria* de apartarse de los servicios que la EPS le brindaba en el momento de la contingencia.

Cumple señalar, que (i) la decisión del paciente no fue "*libre y voluntaria*", de hecho, la misma obedeció a la demora y negligencia de la EPS, quien dilató de forma irracional el tratamiento que requería el paciente; luego, dadas las condiciones apremiantes de salud en que se encontraba el señor Arteaga, es apenas lógico que decidiera sufragar los gastos del procedimiento del que pendía su vida, por ser esta la única opción ante las respuestas displicentes y dilatorias de Coomeva EPS; (ii) la Sala destaca que el actor acudió a solicitudes e incluso a la acción de tutela e incidentes de desacato para lograr que la EPS le realizara el procedimiento médico quirúrgico, sin obtener el resultado esperado, aun cuando en sede constitucional obtuvo decisiones judiciales a su favor; (iii) por tanto, no es lógico que el incumplimiento de las obligaciones de la EPS se ampare en la voluntad libre del afiliado de elegir una alternativa diferente a las brindadas por la EPS, pues la opción que tomó el usuario se debió a una constante de omisiones por parte de la Entidad Promotora de Salud de velar por el acceso a los servicios médicos que el paciente requería en vida, como lo fue la realización del procedimiento "*radiocirugía intracraneal de múltiple fuente de fotones*".

Debe dejar claro la Sala que no se trató de un procedimiento médico carente de ordenación o de tipo experimental, pues a nivel probatorio resulta indiscutible que el paciente fallecido obtuvo fallo de tutela favorable, por contar con orden médica de fecha del 23 de agosto de 2018, emitida por el especialista en neurocirugía adscrito al Centro Médico Imbanaco, en el que se precisó que el procedimiento pertinente para tratar el diagnóstico del paciente sería la

“radiocirugía intracraneal de múltiple fuente de fotones (planeación computarizada y simulación virtual)” y fue en virtud de tal prescripción que el Juez de tutela dispuso la protección de los derechos del accionante, para lo cual ordenó:

SEGUNDO: ORDENAR a COOMEVA E.P.S., en cabeza de su Gerente o quien haga sus veces, para que en el término improrrogable para que en el término improrrogable (sic) de cuarenta y ocho (48) horas, contadas desde el momento en que le sea notificada la presente providencia, si aún no lo ha hecho, proceda sin dilación alguna, autorizar y llevar a cabo el procedimiento denominado; (sic) radiocirugía intracraneal de múltiple fuente de fotones (planeación computarizada y simulación virtual), en las instituciones que se encuentren dentro de su red de prestadores de servicios, en caso de no poder garantizar el servicio médico requerido a través de su propia red de prestadores de servicio deberá contratar con una IPS que la suministre y prestar (sic).

Y es que pese a existir orden médica y judicial para la práctica del procedimiento, la Entidad Promotora de Salud accionada exigió que el dictamen del especialista en neurocirugía fuera avalado por una Junta Médica de la EPS, la que con posterioridad determinó que el procedimiento no se llevaría a cabo por *“no ser candidato el paciente”*, lo que llevó al paciente a practicarse el procedimiento en la Fundación Clínica SHAIIO en la ciudad de Bogotá, asumiendo los altos costos, ya que se encontraba en una situación de debilidad manifiesta y en condiciones apremiantes de salud.

En ese orden de ideas, no sería coherente establecer que la decisión del usuario de operarse en una IPS ajena a Coomeva EPS, se debió a una motivación libre y espontánea del ejercicio de la voluntad del ciudadano, pues su condición de salud era tan urgente y desesperada, que no encontró otra alternativa más eficiente que acudir a sus propios recursos económicos para cubrir los gastos médicos del procedimiento recetado por su especialista, ante la negligencia y el trato deshumanizado de la EPS demandada.

Incluso, si se observa la fecha de la orden médica del procedimiento *radiocirugía intracraneal de múltiple fuente de fotones (planeación computarizada y simulación virtual)*, - 23 de agosto de 2018 -, y la fecha en la que fue realizado el

procedimiento de forma particular - 29 de marzo de 2019 -, puede extraerse que transcurrieron cerca de 7 meses en los que el usuario y su familia actuaron de forma diligente para la consecución del servicio a través de su EPS, sin que ello fuera posible.

(iii) conclusiones

De lo abordado en los ítems anteriores, pudo establecerse que el paciente Temístocle Arteaga Arteaga fue diagnosticado con *tumor maligno de la cabeza, cara y cuello* a principios del año 2018; enfermedad que fue tratada a través de Coomeva EPS en liquidación, hasta cuando se vio obligado a acudir de forma particular a la Fundación Clínica SHAIIO en la ciudad de Bogotá, para efectuarse “*radiocirugía intracraneal de múltiple fuente de fotones (planeación computarizada y simulación virtual)*” que ordenó el especialista en neurocirugía y que la accionada se rehusó a practicarle, aludiendo trámites administrativos.

En ese sentido, es evidente que la atención primaria en salud fue suministrada por la EPS demandada; sin embargo, cuando el paciente requirió una de las atenciones fundamentales para hacer frente a los efectos negativos de la enfermedad, se encontró con barreras administrativas impuestas por la EPS e incompatibles con la obligación de prestación efectiva, real y oportuna del servicio médico.

Como si fuera poco la EPS no solo omitió brindarle los servicios de salud ordenados al paciente, sino que, además se negó a reembolsar los gastos asumidos por el paciente y su familia, tornando más gravosa la situación de vulneración de derechos fundamentales, abrigándose en la regla contenida en el artículo 14 de la Resolución No.5261 de 1994, superponiendo presupuestos simplemente formales frente a la inminencia del daño y el riesgo para la vida del paciente.

Por todo lo dicho, a criterio de la Sala, acertó la Superintendencia Nacional de Salud al concluir que es procedente el reembolso de los gastos cubiertos por el paciente y por su grupo familiar, al estar demostrada la negligencia de la Entidad Promotora de Salud, por tanto, será confirmada la decisión.

Costas en esta instancia a cargo de **COOMEVA EPS SA.** y a favor de la demandante **MARÍA CRISTINA MÁRQUEZ LÓPEZ.**

Todo lo anterior, atendiendo al principio de libre formación del convencimiento, conforme lo establece el artículo 61 del Código de Procedimiento del Trabajo y de la Seguridad Social, y los múltiples pronunciamientos de la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, como en sentencias CSJ-SL802-2021, CSJ-SL858-2021, CSJ-L512-2021, entre otras.

X. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala de Decisión Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia No. S2023-000632 de 08 de junio de 2023, emitida por la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** en el proceso promovido por **MARÍA CRISTINA MÁRQUEZ LÓPEZ** contra **COOMEVA EPS SA. EN LIQUIDACIÓN.**

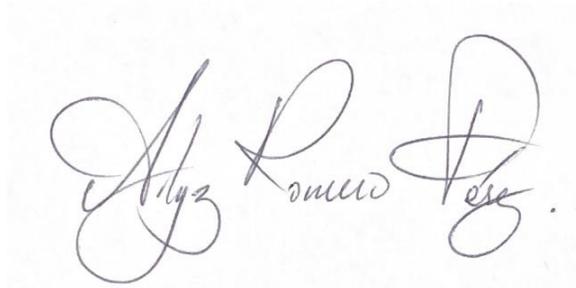
SEGUNDO: COSTAS a cargo de **COOMEVA EPS EN LIQUIDACIÓN** y en favor de la demandante **MARÍA CRISTINA MÁRQUEZ LÓPEZ.** Fíjense las agencias en derecho en la suma de 1 salario mínimo legal mensual vigente a la fecha de esta sentencia (1 SMLMV).

TERCERO: Por Secretaría, **NOTIFÍQUESE** esta sentencia por edicto electrónico que se fijará por el término de un (1) día en la página web de la rama judicial, en el micrositio de la Secretaría de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Cali. Ello de conformidad con el artículo 40 del CPTSS y las providencias CSJ AL647-2022 y CSJ AL4680-2022.

CUARTO: En firme la presente decisión, **DEVOLVER** por Secretaría el expediente al Juzgado de origen.

En constancia se suscribe por quienes en ella intervinieron,

Los Magistrados,



ARLYS ALANA ROMERO PÉREZ

Magistrada



CARLOS ALBERTO OLIVER GALE

Magistrado

Apelación Sentencia Superintendencia Nacional de Salud
Demandante María Cristina Márquez López
Demandado Coomeva EPS en liquidación
Radicado 76001220500020230030800

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Mónica Teresa Hidalgo Oviedo', is centered on a light gray background.

MÓNICA TERESA HIDALGO OVIEDO

Magistrada