



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Quinta de Decisión Laboral

CARMEN CECILIA CORTÉS SÁNCHEZ

Magistrada

REFERENCIA: PROCESO **SUMARIO**
RADICACIÓN: 11001 22 05 **00 2022 00999 01**
DEMANDANTE: SAUL HERNÁNDEZ CELEITA
DEMANDADO: CAFESALUD EPS EN LIQUIDACIÓN Y OTRO.

Bogotá, D.C., primero (1º) de agosto de dos mil veintidós (2022).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede la Sala de Decisión a resolver el recurso de apelación que interpuso la demandada Cafesalud Eps en Liquidación contra la sentencia de 2 de febrero de 2021, proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud.

I. ANTECEDENTES

Saúl Hernández Celeita, pretende el reconocimiento y pago de los gastos médicos en que incurrió por valor de \$27.096.937.

En respaldo de sus pretensiones, narró que el 10 de julio de 2017, se realizó radiografía que arrojó signos de seudobstrucción intestinal, por lo que se acercó al servicio de urgencias de la Clínica Esimed Llanos con convenio con la Eps Cafesalud, pero pasadas varias horas no fue atendido porque no tenía especialistas. Adujo que recurrió a la Clínica Meta, en donde fue valorado y se le generó plan de hospitalización, laparotomía por bridas con posible Uci. Añadió que a pesar de que la Eps no tenía convenio con dicha Ips decidió realizar el procedimiento debido a la urgencia. Finalmente, que el total de los gastos de hospitalización, intervención y tratamientos asciende a \$32.370.880, de los cuales solo solicita el reembolso de lo pagado ante la Clínica Meta por valor de \$27.096.937.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Cafesalud Eps en Liquidación, precisó que los \$27.096.937 por concepto de atención de urgencias, ya fueron aprobados, pero se cancelarán

una vez se desembargue la cuenta principal, y que la incapacidad del 10 de julio al 8 de agosto de 2017 ya fue pagada.

Medimás Eps, narró que la incapacidad fue cancelada. De cara a los gastos médicos, indicó que no tiene responsabilidad dado que fueron anteriores al 1 de agosto de 2017.

III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El 2 de febrero de 2021, la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda y ordenó el pago de \$22.096.937 por concepto de reembolso de gastos médicos.

Como fundamento de su decisión, señaló que los servicios médicos deben ser prestados al afiliado y su familia en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, con el fin de garantizar la protección integral y derechos fundamentales como la salud, vida y dignidad humana. Adujo que la prestación en salud al usuario corresponde a una urgencia vital y su atención fue realizada como paciente particular en la Clínica Meta. Advirtió que la demandada se allanó a la pretensión de desembolso de gastos, pues su única objeción versa sobre la aprobación de pago, y hecho superado. Finalmente, señaló que los gastos demostrados corresponden a \$27.370.880, de los cuales la Clínica del Meta reembolsó \$5.273.943, por lo que quedó un saldo pendiente de \$22.096.937. Aclaró que la incapacidad médica fue pagada.

IV. RECURSO DE APELACIÓN

La parte demandada **Cafesalud Eps en Liquidación** apeló la decisión con el fin de revocar la sentencia de primera instancia. Para ello, señaló que no se cumplen los requisitos para la procedencia del reembolso de los gastos médicos, pues los servicios no fueron autorizados ni suministrados por su red de prestadores. Recalcó que el accionante decidió acudir a una Ips de manera particular, por lo que los gastos deben ser asumidos. Indicó que *«el demandante incurre en temeridad al solicitar por concepto de urgencias monto por valor (...) de \$4.730.000, siendo en la realidad servicios médicos programados para el tratamiento de cataratas y en general de sus ojos»*. Finalmente, alegó que el demandante debía acudir al proceso de liquidación

forzosa de la entidad para cobrar sus dineros y que los recursos de la salud tienen destinación específica.

V. PROBLEMA JURÍDICO

El estudio del plenario determina que se encuentran reunidos a plenitud los presupuestos procesales, y tampoco se advierte causal de nulidad que invalide lo actuado. Por consiguiente, habrá de resolver la Sala, si Cafesalud Eps en Liquidación debe ser exonerada del reembolso por los gastos médicos en que incurrió el demandante.

VI. CONSIDERACIONES

Conviene señalar que esta Sala es competente para dilucidar la controversia puesta de presente de conformidad con el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, adicionado por el 126 de la Ley 1438 de 2011, vigentes para el momento en que se interpuso la demanda y acontecieron los hechos puestos de presente. Igualmente, lo es con arreglo al artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, dado el domicilio del apelante y la cuantía del proceso.

Con el fin de resolver el problema jurídico puesto de presente, necesario es precisar que conforme a los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional, Ley 100 de 1993 y Ley 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; el cual debe ser garantizado a través de las prestaciones de salud, estructuradas sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Igualmente, se verifica en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, algunas reglas específicas en materia de reconocimiento de reembolsos a los afiliados que han tenido que asumir costos en los siguientes eventos: **i)** tratándose de atención inicial de urgencias cuando el afiliado sea atendido en una IPS que no tenga contrato con la EPS a la cual esté inscrito; **ii)** cuando haya sido autorizada en forma expresa por parte de la respectiva entidad promotora de salud, la prestación de atenciones específicas y **iii)** en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad promotora de salud en el cubrimiento de las obligaciones para con sus usuarios.

En el *sub examine* se verifica que el *a quo* determinó que la entidad promotora de salud no cumplió en debida forma con la atención oportuna y eficaz de la prestación de servicios requeridos por el promotor.

Respecto a la prestación de los servicios que se deben garantizar en términos generales, la Corte Constitucional ha referido que:

(...) La prestación del servicio en salud es oportuna cuando el paciente recibe la atención en el momento adecuado, a fin de que recupere su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. De forma similar, el servicio en salud es eficiente cuando los trámites administrativos a los que está sujeto son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no son una excusa para dilatar la protección del derecho a la salud¹. Así mismo, el servicio público de salud se reputa de calidad cuando las prestaciones en salud requeridas por el afiliado o beneficiario contribuyen, en la medida de las posibilidades, a mejorar la condición del enfermo². La jurisprudencia constitucional ha señalado que el principio de integralidad impone su prestación continua, la cual debe ser comprensiva de todos los servicios requeridos para recuperar la salud. La determinación y previsión de los servicios requeridos para la plena eficacia del derecho a la salud, como reiteradamente se ha señalado, no corresponde al usuario, sino al médico tratante adscrito a la E.P.S, de la siguiente manera: “La atención y tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud (...).

En ese horizonte, se observa que el 10 de julio de 2017, el demandante ingresó con cuadro clínico de tres días de evolución consistente en dolor abdominal, distensión, ausencia de deposiciones, por lo que acudió a la Ips Cruz Roja donde se le realizó un Rx de abdomen y ecografía abdominal, en los que se encontraron severa distensión de asas intestinales y del marco cólico, relacionado con pseudo obstrucción intestinal por bridas.

Por lo anterior, se inició manejo conservador, pero debido a la evolución de la patología se define cirugía el 11 de julio de 2017, en la que se realizó lisis de adherencias de ciego a asa fija.

Posteriormente, el 19 de julio de 2017, se requirió intervención debido a hallazgos de adherencia que no liberaron por riesgo de lesión, por lo que se realizó lavado y cierre. Luego, se avanza con catéter central y se inicia nutrición enteral, para finalmente dar de alta el día 10 de agosto de 2017.

Paralelamente, se advierte que el actor pretende el desembolso únicamente de los gastos incurridos ante la Clínica del Meta, los cuales se acreditaron así:

- Factura no. 71299 del 10 de julio de 2017 de Inversiones Clínica del Meta S.A. por valor de \$5.000.000
- Factura no. 71474 del 1 de agosto de 2017 de Inversiones Clínica del Meta S.A. por valor de \$5.000.000
- Factura no. 07238 del 10 de agosto de 2017 de Inversiones Clínica del Meta S.A. por valor de \$2.370.880.
- Factura no. 7237 del 10 de agosto de 2017, de Inversiones Clínica del Meta S.A. por valor de \$15.000.000.

Asimismo, se observa un pago por parte de la Clínica del Meta S.A. en favor del demandante por valor de \$5.273.943, que deben ser descontados porque ya fueron objeto de reembolso. De modo que el pago neto corresponde a \$22.096.937, lo cual fue lo determinado por el juez de primera instancia.

Bajo este panorama, encuentra la Sala acreditada la falta de atención prioritaria de la entidad promotora de salud para cubrir la necesidad del actor, según lo previsto en el artículo 14 de la Resolución n°5261 de 1994, como quiera que la demandada Cafesalud Eps tenía pleno conocimiento de la patología catastrófica que padece el accionante, por lo que al no brindar una atención oportuna, pronta y eficaz para la satisfacción de las necesidades médicas del paciente se cristalizó su abandono en el cumplimiento de las obligaciones legales.

Asimismo, la Eps accionada no acreditó que hubiese puesto en favor del demandante la totalidad de instrumentos médicos que tiene a su cargo, esto es, la atención inmediata de todos los especialistas, citas o atenciones que requería el accionante. Además, que se comprobó la falta de seguimiento en el caso de la paciente para llevar a cabo el tratamiento sin interrupciones con el fin de generar los servicios médicos que este demandaba.

Máxime que en la contestación de la demandada, Cafesalud Eps aceptó que *«el señor (...) radicó solicitud de reembolso por valor de (...) \$27.096.937, por concepto de atención de urgencias, la cual fue aprobada por Cafesalud Eps S.A.»*. Además, advirtió que *«se aprueba reembolso por pertinencia*

médica, cumple con los criterios por auditoría médica, la situación que tuvo el paciente en su momento se considera una urgencia vital y en la historia clínica que aporta el usuario se evidencian las complicaciones del diagnóstico». Finalmente, señaló «me permito informarle a su despacho, que este se realizará una vez que el Banco de Bogotá descongele la cuenta maestra de Cafesalud que se tiene destinada para realizar el giro y pago de las prestaciones económicas y reembolsos».

Por ello, la conducta desplegada por la entidad promotora de salud está lejos de un actuar diligente y oportuno, por el contrario, conllevó a la interrupción en el tratamiento del demandante, lo cual puso en riesgo su integridad, ya que la continuidad en el servicio resulta indispensable para la recuperación del paciente. Máxime que corresponde a las Eps la prestación de los servicios de salud de manera integral, eficiente y oportuna, pues no se puede trasladar a la paciente la carga de los trámites administrativos.

En consecuencia, Cafesalud Eps no garantizó la prestación de los servicios médicos que requería Saúl Hernández para su tratamiento de las patologías catastróficas, por lo que no cumplió con la accesibilidad, continuidad, oportunidad e integralidad de la atención médica, lo que conllevó a que el demandante debiera sufragar los gastos con el fin de preservar su salud e integridad.

Finalmente, no hay lugar a obligar al demandante a acudir al proceso de liquidación forzosa, como quiera que la radicación de créditos dentro del respectivo proceso de liquidación se debió realizar del 29 de agosto al 30 de septiembre de 2019, por lo que acudir a dicho trámite no logrará la materialización del pago de los gastos médicos que aquí se debate, lo cual afecta directamente el patrimonio del demandante, máxime cuando la acreencia económica tiene connotación de irrenunciable por tratarse de prestaciones de la seguridad social de conformidad con el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia.

Además, la demandada tenía pleno conocimiento del trámite del presente proceso, por lo que debió realizar los trámites pertinentes para incluir en debida forma la prestación económica en la liquidación de créditos dentro del proceso de liquidación, circunstancia que no aconteció. Contrario a ello, luego de adelantarse todo el trámite procesal, pretende endilgar su

negligencia a la parte demandante con el fin de exonerarse de su responsabilidad.

En consecuencia, se confirmará la decisión de primera instancia.

Sin costas en esta instancia.

VII. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, SALA LABORAL, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, el 2 de febrero de 2021.

SEGUNDO: COMUNICAR a las partes la presente sentencia por el medio más expedito, conforme al artículo 126 de la Ley 1438 de 2011.

TERCERO: DEVOLVER el expediente a la Superintendencia Nacional de Salud, una vez agotado el trámite de rigor.

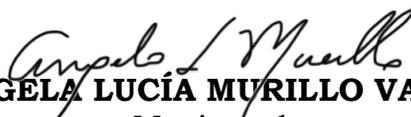
Notifíquese, publíquese y devuélvase el expediente a la oficina de origen, previas las desanotaciones del caso.



CARMEN CECILIA CORTÉS SÁNCHEZ
Magistrada



HUGO ALEXANDER RÍOS GARAY
Magistrado



ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN
Magistrada