



**CONSEJO DE ESTADO
SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO
SECCIÓN TERCERA
SUBSECCIÓN C**

Magistrado Ponente: JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS

Bogotá D.C., dieciséis (16) de diciembre de dos mil veintidós (2022)

Radicación: 25000-23-26-000-2002-01799-01 (46608)
Demandante: Médicos Asociados S.A.
Demandados: Caja Nacional de Previsión Social EICE (CAJANAL) en liquidación.
Referencia: Controversias contractuales

Tema 1: Contrato de la Empresa Industrial y Comercial del Estado. **Tema 2:** Interrupción de la caducidad de la acción. **Tema 3:** Contrato de prestación de servicios de salud (anterior a la Ley 1122 de 2007). **Tema 4:** Contrato de reaseguro. **Tema 5:** Coligación negocial.

SENTENCIA SEGUNDA INSTANCIA

La Sala decide el recurso de apelación interpuesto por la parte actora, en contra de la sentencia proferida el doce (12) de diciembre de dos mil doce (2012) por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Tercera, Subsección B, que accedió parcialmente a las pretensiones.

I. SINTESIS DEL CASO

Médicos Asociados S.A. presentó tres demandas contra CAJANAL, por el incumplimiento de dos contratos de prestación de servicios de salud, demandas que fueron acumuladas en el trámite de primera instancia. El Tribunal juzgó, en la sentencia de primer grado, que dos de esas reclamaciones habían sido presentadas de forma extemporánea, y estimó las pretensiones de la demanda restante, porque encontró probado que CAJANAL no pagó los servicios prestados a un paciente, aunque redujo el monto reclamado, al considerar que parte de los servicios habían sido prestados después de ocurrida la terminación del contrato de prestación de servicios. En esta instancia se discute, principalmente, si el término de caducidad de la acción se interrumpió en razón a la presentación de la primera demanda en la que se reclamó el incumplimiento del contrato de prestación de servicios y si el pago por los servicios médicos prestados le correspondía a Liberty Seguros, en razón de la póliza de reaseguro suscrita por la demandada.

II. ANTECEDENTES

2.1. La demanda

En ejercicio de la acción de controversias contractuales, la sociedad Médicos Asociados S.A. (en adelante, Médicos Asociados) presentó tres demandas contra la Caja Nacional de Previsión Social EICE (CAJANAL) en liquidación:

2.1.1. Proceso 2002-01799: El veintiocho (28) de agosto de dos mil dos (2002), Médicos Asociados demandó¹ a CAJANAL con las siguientes pretensiones: (i) que se declare la existencia del contrato núm. 002 del 13 de enero de 2000 y de su adición núm. 1 del 9 de agosto de 2000; (ii) que se declare el incumplimiento del contrato y de su adición, por parte de la demandada, al "no haberle pagado los

¹ F. 3-17, c. 17.



servicios médicos prestados a su afiliado – beneficiario JOEL DAVID ANGULO AMAYA y no haberlo liquidado en oportunidad como lo dispone su cláusula vigésima primera”; y (iii) que, en consecuencia, la demandada sea condenada al pago de las sumas pendientes, con los intereses que estas hayan causado.

Como sustento de sus pretensiones afirma que: (i) en atención de la enfermedad del mencionado paciente, catalogada como ruinosa o catastrófica, allegó facturas a la entidad demandada con el fin de que reconociera los costos asumidos por la actora y esta se negó a pagarlas; (ii) la compañía aseguradora se rehusó al reconocimiento de estos dineros; y (ii) que, para la fecha de la demanda, el contrato no había sido liquidado, lo que ocasionaba perjuicios a la demandante, en cuanto no podía contar con el saldo presupuestal que, a su juicio, tenía a su favor.

2.1.2. Proceso 2004-0781: El veinte (20) de abril de dos mil cuatro (2004), Médicos Asociados presentó demanda² contra CAJANAL para que: (i) se declare el incumplimiento del contrato núm. 1064 del 14 de diciembre de 1999, y de sus adicionales núm. 1 y 2 del 30 de diciembre del mismo año; y (ii) en consecuencia, se condene a la demandada al pago de dos mil treinta y cinco millones seiscientos ochenta y ocho mil cuatrocientos noventa y siete pesos (\$ 2.035.688.497), así como la indexación e intereses que esa suma haya ocasionado.

Básicamente, Médicos Asociados expresó en esta demanda que, en ejecución del contrato mencionado, la actora presentó unas facturas que no fueron pagadas por la demandada; y que, a esa fecha, el contrato no había sido liquidado.

2.1.3. Proceso 2004-1008: Mediante este escrito³, presentado el trece (13) de mayo de dos mil cuatro (2004), Médicos Asociados demandó a CAJANAL, con estas pretensiones: (i) que se declare que CAJANAL incumplió el contrato núm. 002 del 13 de enero de 2000 y su adicional núm. 1 del 9 de agosto de 2000; (ii) que se declare la liquidación judicial del contrato mencionado; y (iii) consecuentemente se condene a la demandada a pagar quinientos cincuenta millones cuatrocientos ochenta y cinco mil ochocientos ochenta y seis pesos (\$ 550.485.886).

En esta demanda, Médicos Asociados también manifiesta haber presentado facturas por los servicios médicos prestados en ejecución del contrato mencionado, sin que estas hayan sido pagadas por la entidad demandada, y que el contrato no había sido liquidado a la fecha de radicación de la demanda.

2.2. Trámite procesal relevante en primera instancia

2.2.1. En cada proceso, el Tribunal admitió las demandas presentadas por Médicos Asociados⁴.

2.2.2. CAJANAL contestó estas reclamaciones en su debido momento, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones allí contenidas⁵.

² F. 2-34, c. 5, corregida posteriormente mediante escrito del 25 de agosto de 2004 (f. 61-62, c. 5).

³ F. 2-15, c. 10, corregida a través de memoriales presentados el 3 de agosto (f. 20-35, c. 10) y el 3 de noviembre de 2004 (f. 105-106, c. 10.).

⁴ F. 27-28, c. 17; f. 37-38, c. 5; f. 37-39, c. 10.

⁵ F. 42-45, c. 17; f. 41-46, c. 5; f. 42-47, c. ppal.



2.2.3. El 5 de mayo de 2005, el Tribunal decidió⁶ acumular los procesos 2002-1799 y 2004-1008. Mientras que, a través del auto⁷ del 6 de febrero de 2008, la misma Corporación acumuló a este trámite el proceso 2004-0781.

2.2.4. El 27 de mayo de 2003, la demandada formuló llamamiento de garantía⁸ a "LA UNIÓN TEMPORAL LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. Y LIBERTY SEGUROS S.A.", aduciendo que CAJANAL tenía "asegurado el cuatro [sic] nivel con La Unión temporal LIBERTY SEGUROS DE VIDA S.A. y LIBERTY SEGUROS S.A. póliza No. 15001 con una vigencia del 9 de junio del 2.000 hasta el 9 de junio del 2.002".

2.2.4.1. Mediante auto del 25 de junio de 2003, el Tribunal aceptó el llamamiento en garantía⁹. La aseguradora Liberty Seguros de Vida S.A. (en adelante, Liberty) formuló excepciones previas¹⁰ y contestó la demanda, expresando su oposición a todas las pretensiones¹¹.

2.2.4.2. Aparte, Liberty interpuso recursos de reposición y en subsidio apelación, contra el auto que la llamó en garantía¹². El Tribunal resolvió la impugnación mediante auto del 29 de octubre de 2003, en el que dejó sin efectos el auto del 25 de junio de ese año y, en su lugar, negó el llamamiento en garantía, por haber sido formulado de forma extemporánea¹³.

2.2.4.3. Inconforme con la anterior decisión, CAJANAL la impugnó¹⁴. Pero, la recurrente no canceló "las expensas necesarias para surtir el recurso de apelación", por lo que el recurso fue declarado desierto¹⁵.

2.2.5. En la oportunidad para presentar alegatos de conclusión en primera instancia, las partes presentaron argumentos de cierre¹⁶. El agente del Ministerio Público guardó silencio.

2.3. La sentencia recurrida

2.3.1. Mediante fallo¹⁷ del doce (12) de diciembre de dos mil once (2011), el Tribunal decidió:

"PRIMERO: Declarar la caducidad de la acción frente a las pretensiones de los expedientes 2004-0781 y 2004-1008, en los términos de la parte considerativa de esta sentencia.

SEGUNDO: Declarar el incumplimiento del contrato No. 002 del 13 de enero de 2000, en los términos expuestos en la parte considerativa de esta sentencia.

⁶ F. 97-98, c. 17.

⁷ F. 307, c. 17.

⁸ F. 1-5, c. 3.

⁹ F. 34-35, c. 3.

¹⁰ F. 52-55, c. 3.

¹¹ F. 56-66, c. 3.

¹² F. 50-51, c. 3.

¹³ F. 62-63, c. 17.

¹⁴ F. 65-66, c. 17.

¹⁵ F. 72, c. 17.

¹⁶ F. 315-318 (CAJANAL); 319-327 (Médicos Asociados), c. 1.

¹⁷ F. 328-338, c. ppal.



TERCERO: Como consecuencia de la anterior declaración, condenar a la Caja Nacional de Previsión Social, o a quien haga sus veces, a pagar a la sociedad Médicos Asociados S.A. la suma de ciento veintisiete millones seiscientos sesenta noventa y cuatro pesos (\$127.660.694) moneda corriente, en los términos de la parte considerativa de esta sentencia.

CUARTO: Declarar judicialmente liquidado el contrato No. 002 del 13 de enero de 2000, celebrado entre la Caja Nacional de Previsión Social y la sociedad Médicos Asociados, en los términos de la parte considerativa de esta sentencia.

[...] **SEXTO:** Negar las demás pretensiones de la demanda. [...]

2.3.2. En la parte motiva de la providencia, el Tribunal refirió que el régimen jurídico básico de los contratos analizados era el mismo que el de las empresas industriales y comerciales del Estado, contenido en la Ley 80 de 1993, sin perjuicio de las disposiciones especiales en materia de salud, previstas en la Ley 100 del mismo año. En ese sentido, consideró ser competente para decidir el asunto, de acuerdo con el artículo 75 de la Ley 80 de 1993.

2.3.3.1. En cuanto a la caducidad de la acción, el Tribunal sostuvo que, en el proceso 2002-1799, el plazo del contrato núm. 002 del 13 de enero de 2000 se había vencido el 31 de octubre de dicho año, y el plazo para efectuar la liquidación bilateral y unilateral había culminado el 30 de mayo de 2001. Así pues, la demanda había sido presentada oportunamente dentro de los dos años siguientes a esa fecha.

2.3.3.2. En el proceso núm. 2004-0781, la acción había caducado, porque el contrato núm. 1064 del 14 de diciembre de 1999, junto con sus adicionales, había terminado el 31 de octubre de 2000, mientras el plazo de liquidación bilateral y unilateral feneció el 30 de mayo de 2001. Por tanto, la demanda había sido formulada inoportunamente, después del 30 de mayo de 2003.

2.3.3.3. En relación con el expediente 2004-1008, que surge del contrato núm. 002 del 13 de enero de 2000, partiendo de los mismos hitos expuestos para el proceso 2002-1799, el Tribunal encontró configurada la caducidad de la acción tomando en cuenta la fecha de presentación de la demanda. Ello, al margen de lo señalado en el auto admisorio de la demanda, porque la caducidad debe abordarse nuevamente en el fallo.

2.3.4. Así, en el asunto relativo al incumplimiento del contrato núm. 002 del 13 de enero de 2000, el Tribunal expresó que Joel David Angulo Amaya estaba calificado en el nivel IV de atención, de conformidad con el concepto de la IPS del paciente. Por lo tanto,

"[...] ni la glosa efectuada por la demandada ni el sostener que debía obtener autorización escrita de la I.P.S., en los términos de la cláusula 3ª, numeral 30 [...], son argumentos aceptables para haber negado el pago a la actora, por cuanto está plenamente establecido que la atención brindada al paciente era de nivel IV y por eventos catastróficos debía responder CAJANAL, en los términos de la cláusula 11ª; [...] además, la autorización escrita de la I.P.S. era un requisito cuando la atención fuera para un grado de complejidad distinto al del IV Nivel, con todo, vale decir que en el expediente obra dicha autorización (fl. 42, C. 2)".



Aparte, descartó el argumento defensivo consistente en que debía demandarse a la compañía aseguradora Liberty, dado que el llamamiento en garantía formulado por la demandada había sido negado mediante providencia en firme. Agregó que no se había cuestionado la prestación efectiva del servicio, ni su valor. De esta forma, el Tribunal encontró configurado el incumplimiento contractual de CAJANAL.

2.3.5. El Tribunal agregó que no se pronunciaría sobre la pretensión declarativa de existencia del contrato, toda vez que reunía los requisitos legales establecidos para su perfeccionamiento en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993.

2.3.6. Al cuantificar la indemnización de perjuicios, el Tribunal consideró que estos eran inferiores al monto de la factura cuyo pago pretendía la actora por la prestación de servicios al paciente Angulo Amaya, de suerte que excluyó el servicio de ambulancia y medicamentos, los cuales fueron prestados en el mes de noviembre, por fuera de la vigencia contractual. La suma resultante fue de treinta y cinco millones doscientos sesenta y cuatro mil ochenta y cuatro pesos (\$35.264.084).

Sobre ese capital, el Tribunal calculó los intereses moratorios sobre la cifra actualizada (\$62.902.899) desde *“el vencimiento del término para liquidar el contrato de forma unilateral, esto es, el 30 de mayo de 2001, toda vez que en el proceso no se encuentra determinada una fecha de cumplimiento de todos los requisitos para el pago”*. El resultado de esa operación arrojó la cifra de sesenta y cuatro millones setecientos cincuenta y siete mil setecientos noventa y cinco pesos (\$64.757.795), para un total de ciento veintisiete millones seiscientos sesenta mil seiscientos noventa y cuatro pesos (\$127.660.694).

2.4. Los recursos de apelación

Ambos extremos del proceso impugnaron la sentencia de primera instancia.

2.4.1. **Médicos Asociados** censuró la providencia de primer grado, a través de memorial¹⁸ allegado el 16 de febrero de 2012, en el que, en síntesis, expuso los siguientes cargos:

2.4.1.1. No operó la caducidad de la acción en el proceso 2004-01008, porque anteriormente, en el proceso 2002-01799, la actora ya había solicitado *“la declaración de su existencia y de su incumplimiento por parte de CAJANAL, y adicionalmente que se ordenara y efectuara su liquidación judicial”*; razón por la cual, para la fecha de presentación de la demanda, ya existía un proceso en curso y esto impidió que la caducidad se configurara.

Agregó que en el conteo de la caducidad debía tenerse en cuenta, una a una, las fechas de las glosas formulada por CAJANAL a cada una de las facturas presentadas por la demandante, así como el momento en que, en las reuniones entre las partes, fue explicitada la decisión de la demandada de abstenerse de pagar.

2.4.1.2. La actora rechazó que, en la condena, el Tribunal no hubiera comprendido los servicios prestados después de que la vigencia contractual concluyera, porque ello implicaría validar la interrupción o cancelación del

¹⁸ F. 344-364, c. ppal.



servicio. Además, dijo que el *a quo* dejó de lado la valoración de medios de prueba importantes para solucionar el caso.

2.4.2. Mediante escrito del 13 de febrero de 2012, CAJANAL¹⁹ afirmó que “no se discute la prestación del servicio”, sino “si corresponde a CAJANAL en virtud del contrato No. 002 del 13 de enero reconocer el pago de los mismos por encontrarse dentro de su objeto contractual o no”.

2.4.2.1. En su parecer, el pago de las enfermedades de alto costo debía ser asumido por el *reaseguro*, suscrito con la compañía Liberty. En el caso particular de la prestación que se declaró incumplida, la atención al paciente se habría prestado durante la vigencia de la póliza, que —insiste (aptdo. 2.2.4)— transcurrió entre el 9 de junio de 2000 y el 9 de junio de 2002. Por ende, la aseguradora debería cancelar esa suma y la entidad demandada no habría incumplido el contrato.

2.4.2.2. Además, solicitó revisar la liquidación de perjuicios, porque no procedía el reconocimiento de intereses moratorios a partir de la fecha en que inició el proceso liquidatorio de la demandada, en virtud de la igualdad que debe haber entre los acreedores.

2.5. Trámite relevante de segunda instancia

2.5.1. El 24 de abril de 2013, esta Corporación admitió los recursos de apelación²⁰.

2.5.2. En la oportunidad para alegar en segunda instancia²¹, CAJANAL²² y la demandante²³ presentaron sus argumentos de cierre. El agente del Ministerio Público se abstuvo de conceptuar.

III. PROBLEMAS JURÍDICOS

3.1. La competencia del juzgador de segunda instancia atañe, principalmente, a lo expresamente reprochado en alzada²⁴. En el asunto de autos, la parte actora guardó silencio sobre la declaración de caducidad de la acción en el proceso núm. 2004-0781, pese a ser una decisión que no le favorecía. En razón a ello, en esta providencia se abordará únicamente la problemática atinente al contrato núm. 002 de 2000, objeto de las controversias ventiladas en los procesos núm. 2002-01799 y 2004-1008.

3.2. Dicho esto, esta Sala deberá absolver estos interrogantes:

3.2.1. ¿La demanda que dio lugar al proceso núm. 2004-1008 fue presentada en tiempo, porque la caducidad se interrumpió con la radicación de la demanda sobre incumplimiento del mismo contrato en el proceso núm. 2002-01799?

¹⁹ F. 340-343, c. ppal.

²⁰ F. 405, c. ppal.

²¹ F. 494, c. ppal.

²² F. 495-497, c. ppal.

²³ F. 498-515, c. ppal.

²⁴ Código de Procedimiento Civil – Artículo 357, inciso primero: “El recurso de apelación tiene por objeto que el superior examine la cuestión decidida, únicamente en relación con los reparos concretos formulados por el apelante, para que el superior revoque o reforme la decisión.” (Se subraya).



3.2.2. ¿Correspondía a Liberty Seguros el pago de los servicios médicos prestados por la Institución Prestadora de Servicios de salud demandante, en virtud de lo pactado en el contrato de prestación de servicios que había firmado con la EPS Cajanal y del contrato de reaseguro que esta última había suscrito con aquella aseguradora?

Si la respuesta al anterior problema jurídico fuera negativa, la Sala procederá a estudiar los siguientes problemas jurídicos.

3.2.3. ¿Es improcedente reconocer intereses moratorios, por la igualdad que debe existir entre los deudores, debido a que CAJANAL entró en liquidación?

3.2.4. ¿Además de los \$127'660.694, reconocidos por el *a quo* por los servicios médicos en nivel IV de atención, debieron reconocerse \$12'155.200 de capital por los servicios médicos a este prestados en noviembre de 2000?

3.3. A estos problemas se dará respuesta con base en el régimen legal del contrato, suscrito por una entidad que, el 13 de enero de 2000 —cuando fue celebrado el contrato cuyo incumplimiento se discute (apdo. 4.1.1)— era una Empresa Industrial y Comercial del Estado (“EICE”)²⁵.

Las empresas industriales y comerciales del Estado (EICE) son entidades creadas por la ley o por autorización de ella, que desarrollan actividades de naturaleza industrial o comercial o de gestión económica. Conforme a la regulación contenida en los artículos 5 del Decreto 1050 de 1968 y 1 del Decreto Ley 222 de 1983, el régimen jurídico de los contratos de esas empresas era el derecho privado, salvo para los contratos de empréstito y de obras públicas.

El régimen jurídico de las EICE del Estado cambió sustancialmente, pues la Ley 80 de 1993 dispuso que debían someterse a sus disposiciones, al incluirlas en el listado de las entidades del artículo 2. Así, hasta antes de 1989, salvo algunas excepciones (art. 24.1.m y párrafo 1 del art. 32 Ley 80 de 1993), el régimen de contratación de las EICE era el contenido en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública.

El artículo 93 de la Ley 489 de 1998 reiteró la aplicación de este régimen contractual para las EIC del Estado.

Posteriormente, el artículo 14 de la Ley 1150 de 2007 modificó ese régimen, pues dispuso que las EIC del Estado estarían sometidas al Estatuto General de Contratación de la Administración Pública, con excepción de aquellas que desarrollen actividades comerciales en competencia con el sector privado o público, nacional o internacional o en mercados regulados o en mercados monopolísticos, que se regirán por las disposiciones legales y reglamentarias aplicables a sus actividades económicas y comerciales. Esta norma fue reproducida casi en su integridad por el artículo 93 de la Ley 1474 de 2011, salvo para aquellas empresas que desarrollan su actividad en mercados monopolísticos, a las que, nuevamente, se le hizo aplicable el Estatuto General del Contratación.

²⁵ La Caja Nacional de Previsión Social fue creada a través de la Ley 6 de 1945, como un establecimiento público del orden nacional. Empero, la Ley 490 del 30 de diciembre de 1998, dispuso, en su artículo 1º: “Artículo 1º. *Naturaleza Jurídica.* La Caja Nacional de Previsión Social, establecimiento público del orden nacional creado mediante la Ley 6ª de 1945, se transforma en virtud de la presente ley en Empresa Industrial y Comercial del Estado con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. Su régimen presupuestal y de personal será el de las entidades públicas de esta clase. Estará vinculada al Ministerio del Trabajo y Seguridad Social.”



Sin embargo, como los contratos que regularon las relaciones objeto de esta litis fueron suscritos antes de la entrada en vigor de la Ley 1150 de 2007, su régimen jurídico ha de entenderse recogido en la Ley 80 de 1993 y la Ley 489 de 1998 y será esa normativa la fuente de derecho que tomará en consideración la Sala, para resolver la controversia, sin perder de vista, sí, que, en todo caso, el derecho civil y comercial se aplica a los contratos celebrados por las entidades públicas, salvo en lo expresamente regulado por el EGCA, según lo prescribe el artículo 13 de la Ley 80 de 1993.

Lo anterior, sin perjuicio de las normas contenidas en la Ley 100 de 1993, en lo que refiere a la prestación del servicio de salud.

IV. HECHOS PROBADOS RELEVANTES PARA LA SOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS PLANTEADOS²⁶

4.1. El contrato 002 de 2000

4.1.1. El trece (13) de enero de dos mil (2000), CAJANAL y Médicos Asociados suscribieron el contrato de prestación de servicios²⁷ núm. 002, cuyo objeto fue redactado en estos términos:

"PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO: - El CONTRATISTA actuará como Centro de Referencia de CAJANAL -EPS- y se obliga a prestar Servicios de Salud a las personas acreditadas e identificadas como afiliados (cotizantes y beneficiarios) de CAJANAL E.P.S., correspondientes al IV Nivel completo de complejidad del Plan Obligatorio de Salud POS, incluidos medicamentos POS Y NO POS, con los recursos humanos, físicos y tecnológicos de su institución, y suficientes para mantener el equilibrio entre la oferta y la demanda del servicio. PARAGRAFO PRIMERO. Para ejecutar el objeto contractual, EL CONTRATISTA podrá subcontratar cumpliendo con los requisitos previstos por el Ministerio de Salud, previa autorización del supervisor del contrato, y el visto bueno de la Subdirección General de Salud".

4.1.1.1 En el mismo sentido, en el párrafo tercero de la cláusula segunda del contrato se pactó:

"PARAGRAFO TERCERO-. Los costos que se generen en servicios que no correspondan al cuarto nivel tendrán que ser asumidos por la IPS en la que se encuentre inscrito el afiliado".

4.1.1.2. Conforme a la cláusula tercera del contrato, la sociedad particular se comprometió, en general, *"a cumplir las obligaciones que se derivan de la naturaleza del servicio contratado, de conformidad con las normas legales aplicables".*

En el listado de **obligaciones de la prestadora**, contenido en la cláusula tercera del negocio, se lee en primer lugar que se comprometía a *"1) Prestar los Servicios Médicos de que trata el objeto del presente contrato a la población usuaria que CAJANAL EPS le remita o que ingrese a través del servicio de urgencias [...]"*, así

²⁶ Los documentos aportados en copia simple serán valorados conforme lo señalado por la jurisprudencia unificada de la Corporación. Ver: Consejo de Estado, Sección Tercera, Sala Plena. Sentencia del 28 de agosto de 2013. Exp. 25022.

²⁷ F. 101-109, c. 17.



como las siguientes prestaciones relacionadas con esta obligación general:

[...] 29) Presentar a CAJANAL EPS las cuentas que se generen por los servicios objeto del presente contrato, soportadas en la forma en que lo establece la póliza constituida por CAJANAL EPS para cubrir los servicios de salud del cuarto nivel del POS y el Manual de Procedimientos para Reclamaciones de CAJANAL EPS. 30) En los casos en que el paciente requiera atención correspondiente a un nivel de complejidad diferente del cuarto nivel, se requiere autorización de la I.P.S. en que éste se encuentre inscrito. Los costos que se generen en este servicio estará [sic] a cargo de la respectiva IPS; [...].

4.1.1.3. Según la cláusula sexta del contrato, **CAJANAL se obligó** a lo siguiente:

[...] 1.- Entregar oportunamente el aviso de siniestro y la autorización [sic] de la atención de los usuarios que requieran los servicios que se contratan; 2.- Dar la información suficiente al contratista y a los usuarios sobre el servicio contratado [...] 4.- Destinar los recursos necesarios para cubrir el valor del contrato; 5- Controlar el sistema de garantía de calidad que ejecute la I.P.S. a través de sus funcionarios o de terceros que se deleguen para tal fin. 6.- Informar respecto a las normas técnicas y administrativas a las que debe sujetarse la presentación de los informes clínicos, estadísticos y financieros”.

4.1.1.4. En cuanto al precio y forma de pago, en la cláusula octava se pactó:

“OCTAVA.- VALOR Y FORMA DE PAGO: Para los efectos fiscales, el valor total del presente contrato es la suma de DOS MIL QUINIENTOS CINCO MILLONES de PESOS/MTCE (\$2.505.000.000,00). **FORMA DE PAGO.** Teniendo en cuenta que de conformidad con las normas que regulan la materia CAJANAL EPS tiene reasegurado el cuarto nivel de complejidad del POS con una Compañía de Seguros, y que existe un deducible y un máximo asegurado por patología, el pago de los servicios de salud objeto del presente contrato se efectuará a tarifas S.O.A.T, de la siguiente manera: 1) La Compañía Aseguradora pagará directamente al CONTRATISTA, por cada patología, el valor que se genere comprendido entre un millón de pesos (\$1.000.000,00) y treinta y cinco millones (\$35.000.000,00), sumas correspondientes al monto mínimo y máximo asegurado, respectivamente. 2) CAJANAL EPS le pagará directamente al CONTRATISTA, por cada patología, el valor del deducible (\$999.999,00) y, adicionalmente, el valor que supere el monto máximo asegurado, en caso de que esto suceda. 3) Cuando el valor de una patología exceda el valor máximo asegurado y, este último valor se hubiera generado en el suministro de medicamentos NO POS el valor de este excedente por parte de CAJANAL EPS estará condicionado al pago que previamente debe efectuar el FOSYGA. **PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO.** Para efectuar el pago de los valores a reconocer se seguirá el procedimiento que a continuación se detalla: 1) El CONTRATISTA debe presentar en la Seccional Cundinamarca y Santa Fe de Bogotá, dos paquetes que debe contener cada uno, los siguientes documentos: a) Factura en original y cinco (5) copias, por cada patología; b) Epicrisis diligenciada de conformidad con la Resolución No.3905 de 1994, de manera clara, precisa y relacionando los servicios prestados. c) fotocopia del aviso de siniestro d) fotocopia de la autorización expedida por CAJANAL EPS. f) formatos unificados de Procedimiento de reclamación ante la Compañía Aseguradora GR4 y GR5, debidamente diligenciados. 2) Los documentos anteriores serán



remitidos a auditoría médica: para que en un término máximo de 20 días sean auditadas y devueltas a la Seccional Cundinamarca y Santa fe de Bogotá. 3) En un término máximo de diez (10) días, la Seccional Cundinamarca y Santa Fe de Bogotá liquidará las cuentas auditadas, llenando el formato GR3 en el que debe quedar registrada la aceptación del CONTRATISTA. El Paquete que contiene los documentos originales, será devuelto al contratista 5) El CONTRATISTA remitirá el paquete de las cuentas a la Compañía Aseguradora, que ésta efectúe su auditaje interno y las oficialice por escrito, en un término máximo de veinte (20) días. 6) Una vez oficializada la reclamación, la Compañía Aseguradora cuenta con el término de dos (2) días para efectuar el pago de las cuentas oficializadas, consignando su valor en la cuenta del contratista, cuyo número aparece en el formato GR6. La Compañía Aseguradora debe remitir el comprobante de la consignación efectuada a la cuenta del CONTRATISTA a la Seccional Cundinamarca y Santa Fe de Bogotá. 7) El contratista debe remitir certificación de que recibió el pago a la Compañía Aseguradora, con copia a Tesorería General de CAJANAL EPS y al Grupo de Recobros de cuarto nivel. 8) CAJANAL EPS le pagará al CONTRATISTA, los valores que estén a su cargo, dentro de los 15 días siguientes a la fecha de recibo del comprobante de la consignación remitida por la Compañía Aseguradora y de la certificación de pago expedida por el CONTRATISTA. PARAGRAFO.- Toda la información relacionada con las reclamaciones a la Compañía Aseguradora y el seguimiento de estas reclamaciones estará a cargo del Grupo de Recobro del Nivel Central" (subrayado añadido).

4.1.1.5. Según la cláusula décima del contrato, este tendría una duración que transcurriría "desde la fecha de su perfeccionamiento hasta el 31 de diciembre de 2000".

4.1.1.6. Conforme a la cláusula décima primera del contrato, las partes ajustarían su conducta de la siguiente manera en casos de accidentes de tránsito o eventos catastróficos:

"DECIMOPRIMERA: ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTROFICOS.- El valor de los servicios de salud y complementarios por cada patología que se derive de accidentes de tránsito y eventos catastróficos, que supere los ochocientos (800) salarios mínimos legales vigentes, será asumido por CAJANAL EPS hasta un monto inferior a un millón de pesos y por la Compañía Aseguradora desde este monto hasta treinta y cinco millones. PARAGRAFO: En caso de atención a un usuario de CAJANAL -EPS-, por causa de un accidente de tránsito o evento catastrófico, EL CONTRATISTA deberá dentro de las 24 horas siguientes al ingreso del usuario reportar el hecho a CAJANAL -EPS-".

4.1.1.7. En la cláusula décima cuarta del contrato, las partes pactaron cláusula compromisoria en estos términos:

"Las diferencias por razón de la celebración del contrato y de su ejecución, desarrollo, terminación o liquidación que no Puedan resolverse directamente entre las partes o a través de cualesquiera de los mecanismos extrajudiciales previstos en la Ley, se someterán a la decisión de árbitros. El arbitramento será en derecho. Los árbitros serán tres (3) a menos que las partes decidan acudir a un árbitro único. La asignación, requerimiento, constitución y funcionamiento del tribunal de arbitramento se regirá por las normas vigentes



sobre la materia. Los árbitros podrán ampliar el término de duración del tribunal por la mitad del término inicialmente acordado o legalmente establecido si ello fuere necesario para la producción del laudo respectivo”.

4.1.1.8. La cláusula vigésima primera del contrato dispuso la liquidación del contrato, así:

“A la terminación del contrato, las partes contratantes suscribirán un acta de Liquidación del mismo, en la que se determinarán las obligaciones a cargo de cada uno, teniendo en cuenta el valor de las sanciones y penas por aplicar o las indemnizaciones a que haya Lugar. El plazo para liquidar el contrato será de seis (6) meses contados a partir de su terminación”.

4.1.1.9. En la cláusula vigésima sexta del contrato, las partes indicaron la que, en su parecer, componía la normatividad aplicable al negocio:

“Además de las estipulaciones anteriores, en lo que no pugne con lo aquí pactado, se entenderán incorporadas todas las disposiciones contenidas en las siguientes normas: Leyes 80 y 100 de 1.993, sus decretos reglamentarios, Decreto 2174 del 28 de Noviembre de 1996, por el cual se organiza el sistema de Garantía de calidad del sistema General de Seguridad social en salud, Decreto 806 del 30 de abril de 1.998, por el cual se reglamenta la afiliación al régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional, la Resolución 005261 del 5 de agosto de 1.994 del Ministerio de Salud por 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; la Resolución No.3997 del 30 de octubre de 1.996 del Ministerio de salud por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; los Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; la Resolución No.5061 del 23 de diciembre de 1.997 del Ministerio de Salud por la cual se reglamenta los Comités Técnico Científicos en E.P.S. (s), A. R. S. (s), I. P S. (s); la Resolución No.2312 del 12 de junio de 1.998 del Ministerio de Salud por la cual se modifica el artículo 1° de la resolución No.5061 de 1.997 y se reglamenta el recobro de medicamentos autorizados por los comités Técnico Científicos de E.P.S. (s) A. R. S. (s) y entidades adaptadas”.

4.1.2. Mediante **adición núm. 1 del 19 de agosto de 2000**, las partes del contrato núm. 002 modificaron el contrato considerando lo siguiente:

“[...] a) Que la Caja Nacional de Previsión Social CAJANAL EPS, suscribió el contrato de Prestación de servicios de salud, con la Sociedad Médicos Asociados S.A., para la atención correspondiente al IV nivel completo de complejidad del Plan Obligatorio de Salud P.O.S., a los usuarios de CAJANAL EPS, el cual se encuentra vigente y ejecución. b) Que el valor total del contrato alcanza la suma de DOS MIL QUINIENTOS MILLONES DE PESOS M/CTE (\$2.500.000.000) y su duración en el tiempo es hasta el 31 de diciembre de 2000. c) Que el pago del contrato No.002 de 2000 quedó subordinado a las apropiaciones presupuestales efectuadas por CAJANAL EPS con cargo al rubro SALUD 2-02-8-3 PLAN OBLIGATORIO DE SALUD CUARTO NIVEL DEDUCIBLE, 20283-20-0 INGRESOS CORRIENTES, IMPUTACION PRESUPUESTAL VIGENCIA AÑO 2000 DE CAJANAL EPS,



según certificado de disponibilidad presupuestal No.20 del 13 de enero de 2000, expedido por el Coordinador del Grupo de Presupuesto de CAJANAL EPS, y reserva presupuestal No.18 del 14 de enero de 2000. d) Que CAJANAL EPS, tiene reasegurado las enfermedades de alto costo, mediante póliza de seguros, cuya cobertura va desde UN MILLON DE PESOS (\$1.000.000,00) hasta TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$35.000.000.00). Teniendo en cuenta la cobertura de la póliza contratada, CAJANAL EPS asume el deducible hasta UN MILLON DE PESOS (\$1.000.000.000,00) y cuando supere el valor de TREINTA Y CINCO MILLONES DE PESOS (\$35.000.000.00), y de acuerdo a la forma de pago pactada se hace necesario o [sic] liberar del presupuesto destinado para la ejecución del contrato No.002 de 2000, la suma de MIL MILLONES DE PESOS MONEDA CITE (\$1.000.000.000,00), de tal manera que le permita a la administración una adecuada y efectiva ejecución de su presupuesto y con el fin de garantizar una suficiente cobertura geográfica en todo el territorio nacional, para la prestación de los servicios de IV nivel de complejidad a todos sus usuarios” (subrayado fuera del texto original).

Con fundamento en lo anterior, las partes pactaron reducir el precio del contrato a “la suma de MIL MILLONES DE PESOS MONEDA C/TE (\$1.000.000.000,00)”, y modificaron la cláusula octava del contrato, ajustando el valor del contrato a mil quinientos millones de pesos (\$1.500.000.000) e indicando que la duración del mismo iría hasta el 31 de octubre de 2000.

4.2. La documentación referida a la póliza de seguro suscrita entre CAJANAL y Liberty

A pesar de que la totalidad de la póliza de seguro 15001 —suscrita según la demandada por CAJANAL y Liberty— fue requerida por el Tribunal²⁸, únicamente fueron allegados los siguientes documentos²⁹:

4.2.1. En las condiciones generales de la póliza³⁰, suscrita el 10 de junio de 2000, se lee:

“PRIMERA – AMPAROS Y EXCLUSIONES.

1. RIESGOS AMPARADOS

Sujeto a los términos y condiciones de la presente póliza, la compañía se obliga a pagar al Tomador-Asegurado los gastos en que incurra durante la vigencia de la misma y hasta concurrencia de la suma asegurada, por la atención de las enfermedades determinadas de alto costo anunciadas más adelante. La atención se prestará a los afiliados de CAJANAL E.P.S. al Plan Obligatorio de Salud (POS), siempre y cuando los procedimientos sean realizados por médicos profesionales vinculados con instituciones médicas de tercer o cuarto nivel, adscritas al Tomador, y que la atención sea con

²⁸ F. 179, c. 17.

²⁹ Como respuesta a la decisión del Tribunal, la apoderada de la entidad en liquidación solicitó que la orden fuera transmitida al entonces Ministerio de la Protección Social como encargado de la custodia del archivo de CAJANAL (f. 180, c. 17). El Tribunal, mediante proveído del 20 de noviembre de 2009 (f. 286, c. 17) requirió al mencionado Ministerio para que remitiera copia auténtica de la póliza. No obstante, el Grupo de Administración Documental de esa entidad respondió: “consultadas las bases de datos y documentos que reposan en el archivo de la ESE CAJANAL EPS, no se encontró ningún antecedente para poder suministrarle información de la solicitud en mención”. (F. 176, c. 11).

³⁰ F. 156-168, c. 11.



posterioridad a la fecha de iniciación del amparo personal.

[...]

9. *Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.*

[...]

TERCERA – DEFINICIONES

[...]

22. **TOMADOR-ASEGURADO:** *Es la persona jurídica a cuyo nombre se expide la presente póliza y que obrando por cuenta propia, traslada los riesgos a la Compañía de Seguros y quien será responsable del pago de la prima.*

23. **BENEFICIARIO.** *Para efectos de esta póliza es el mismo Afiliado al régimen contributivo.*

24. **AFILIADO AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO:** *Es la persona que inscrita previamente en una de las entidades mencionadas, como Tomador-Asegurado, adquiere la calidad de afiliado al régimen contributivo de acuerdo con lo establecido en [el] artículo 7 del decreto 1919 de 1994.*

CUARTA – LÍMITE ASEGURADO

La aseguradora pagará dentro de los parámetros establecidos en la póliza, y hasta el límite máximo asegurado, los gastos necesarios en que incurra el Tomador-Asegurado durante la vigencia de la misma, por la atención de los afiliados a la entidad promotora de salud, como beneficiarios del régimen contributivo de seguridad social en salud, siempre y cuando dichos gastos hayan superado el deducible pactado. La cobertura no podrá ser restablecida con respecto a un evento-persona, por cada período de vigencia.

QUINTA – DEDUCIBLE

En el evento de presentarse una reclamación, el Tomador-Asegurado de la Póliza deberá asumir invariablemente el porcentaje o valor pactado como deducible, que aparezca en la carátula de la póliza.

SEXTA – LIMITACIONES

[...]

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

La autorización constituye el mecanismo de control mediante el cual CAJANAL EPS hace la verificación de los derechos del usuario o inmediatamente informa a IMCS y a la aseguradora de la ocurrencia del evento (aviso de siniestro), en caso de que este no haya sido detectado en primera instancia por los médicos auditores de IMCS, caso en el cual los auditores de IMCS podrán coordinar con CAJANAL el trámite de la autorización.



La autorización del servicio es competencia de exclusiva del nivel central de CAJANAL, salvo para aquellos procedimientos de menor complejidad que se definirán en circular posterior. [...]

SÉPTIMA – RECLAMACIÓN INDIVIDUAL

Es requisito indispensable para la atención del siniestro que la atención del siniestro que la IPS presente su cuenta de cobro a Cajanal EPS con los siguientes documentos soporte:

[...]

NOVENA – PAGO DE LOS SINIESTROS

Mediante la presente cláusula expresamente se aclara que el pago de las indemnizaciones se hará de forma directa por parte de la Unión Temporal [sic] a las Instituciones Prestadores de Servicios de Salud adscritas al asegurado, previas las confrontaciones a que haya lugar.

Una vez determinado el importe de la indemnización por parte de la Unión Temporal, se solicitará al asegurado la respectiva autorización de pago, la cual debe ser enviada por el asegurado a la Unión Temporal [sic] para realizar el desembolso. Dicho desembolso se hará directamente a la Institución Prestadora de Servicios de Salud adscrita al asegurado, salvo que éste emita orden en contrario.

Expresamente se aclara y estipula que en cualquier caso, la responsabilidad final del pago de los servicios obtenidos por los afiliados al asegurado frente a la Institución Prestadora de Servicios de Salud adscrita al asegurado será exclusivamente de dicho asegurado” (subrayado añadido).

4.2.2. El “**MANUAL PARA RECLAMACIÓN Y PAGOS DE LA PÓLIZA DE REASEGURAMIENTO PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS O DE ALTO COSTO**”³¹, que hacía “parte integral” del contrato de seguro, y cuyo propósito era “determinar el trámite y competencias relativas al diseño, elaboración, estudio y presentación de las reclamaciones y pago por la ocurrencia de enfermedades de alto costo que se presten a los afiliados de CAJANAL E.P.S., durante la vigencia de la póliza de aseguramiento para enfermedades consideradas de alto costo”.

4.2.2.1. En el capítulo I de este manual se especificó:

“4. FICHA TÉCNICA

TOMADOR: CAJANAL E.P.S.

ASEGURADO: USUARIO A LA E.P.S. CAJANAL REGIMEN CONTRIBUTIVO

VIGENCIA: DESDE LAS CERO (0) HORAS DEL DÍA 10 DE JUNIO DE 2000

HASTA LAS VEINTE Y CUATRO [sic] (24) HORAS DEL DÍA NUEVE (9) DE JUNIO DE 2001.

³¹ F. 115-155, c. 11.



LIMITE ASEGURADO ANUAL POR EVENTO:
\$35.000.000

DEDUCIBLE BASICO ANUAL POR EVENTO: \$
1.000.000".

4.2.2.2. A su vez, en el **capítulo II** del mismo manual, relativo a la **auditoria a cargo de IMCS de Colombia**, consta:

"5.3. MANEJO INTEGRAL DE LAS CUENTAS PRESENTADAS

4.3. La prestación del servicio al paciente Joel David Angulo Amaya

4.3.1. De acuerdo con el **resumen de la historia clínica de Joel David Angulo Amaya**³², nacido el 14 de abril del año 2000; éste ingresó a la IPS Colombiana de Salud en la ciudad de Tunja el 27 de abril de 2000, y fue remitido a la Clínica Federman de Bogotá el 10 de junio de 2000, permaneciendo hasta el 21 de noviembre de 2000 en dicho establecimiento de salud.

4.3.2. Según **informó la IPS remitente**³³, el 7 de enero de 2001, el menor fue tratado con el siguiente diagnóstico:

"Neumopatía crónica aspirativa + Trastorno de la deglución severo + Laringomalacia + fístula traqueoesofágica corregida + RGE corregido + Atresia anal corregida + asociación vacter + Síndrome bronco obstructivo recurrente + desnutrición crónica en tratamiento + Hipertensión pulmonar moderada secundaria en tratamiento + Anemia multifactorial corregida + Bronconeumonía nosocomial tratada + edema pulmonar resuelto + sepsis por E. Coli tratada + Infección Urinaria por E.Coli tratada + Otitis media en tratamiento".

De acuerdo con este documento, los servicios prestados al paciente pertenecen al IV Nivel de complejidad, dado que pertenecían a patologías catastróficas y de origen congénito. Indicó que al paciente le fueron realizados varios procedimientos quirúrgicos³⁴ y que se *"presentó como complicación de la laringotraqueomalasia neumonía frecuente infecciosa nosocomial con todas las repercusiones que ella conlleva"*.

4.3.3. El 31 de octubre de 2000, la compañía **International Managed Care Services Colombia (IMCS)**, firma auditora de CAJANAL, analizó la historia clínica del paciente Angulo Amaya, y concluyó lo siguiente:

"Teniendo en cuenta el comité Institucional realizado el día 27 de Octubre en IMCS Colombia, basándonos en el estudio del resumen enviado por la IPS Médicos Asociados y teniendo en cuenta oficio 3000-1843-98 de Supersalud, en el cual define que para que una patología se clasifique dentro de la categoría de Enfermedades de alto costo o catastróficas, es condición absoluta y sine quanon [sic] que reúna simultáneamente las cuatro características estipuladas [sic] por la norma vigente, que son: Alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Aunado a esto, la póliza en el numeral 3.9 dice

³² F. 36-41, c. 4.

³³ F. 1-2, c. 4.

³⁴ ... toracotomía postero lateral derecha, ligadura de fístula, toracostomía a drenaje cerrado, Gastrostomía, corrección reflujo gastro esofágico, corrección atrésica anal".



textualmente que estarán cubiertos los tratamientos hospitalarios y ambulatorios derivados directamente del manejo quirúrgico de la patología congénita. Sin embargo como podemos observar los diferentes procedimientos realizados a este paciente no cumplen en su totalidad con las cuatro características descritas en el oficio de la Supersalud³⁵ (subrayado añadido).

4.3.4. El 27 de agosto de 2001, **Médicos Asociados** emitió la **factura núm. 1042** por concepto de la atención dada al menor Joel David Angulo Amaya³⁶, entre el 10 de junio de 2000 y el 21 de noviembre de 2000, por un valor de cuarenta y siete millones cuatrocientos diecinueve mil doscientos ochenta y cuatro pesos (\$47.419.284). Este documento fue recibido por IMCS el 28 de agosto de 2001.

V. CONSIDERACIONES

5.1. Para la fecha de presentación de las demandas, estaba vigente el artículo 82 del Código Contencioso Administrativo ("CCA"), subrogado por el artículo 30 de la Ley 446 de 1998, conforme al cual esta jurisdicción estaba instituida "*para juzgar las controversias y litigios administrativos originados en la actividad de las Entidades Públicas y de las personas privadas que desempeñen funciones propias de los distintos órganos del Estado*". Igualmente, se encontraba en vigor el artículo 75 de la Ley 80 de 1993, de carácter adjetivo, el cual establecía que "[...] *el juez competente para conocer de las controversias derivadas de los contratos estatales y de los procesos de ejecución o cumplimiento será el de la jurisdicción contencioso administrativa*".

5.1.1. En vista de que el contrato núm. 02 de 2000 fue suscrito por una empresa industrial y comercial del Estado, y por ende, está sometido sustancial y procesalmente al EGCAP (aptdo. 3.3), esta **jurisdicción** es competente para decidir el asunto, como lo ha considerado previamente esta Sección³⁷. Además, esta Colegiatura es **competente** para resolver de recurso de apelación interpuesto contra una sentencia proveniente del Tribunal Administrativo de Cundinamarca³⁸, que tiene vocación de doble instancia en razón a su cuantía³⁹.

5.1.2. La anterior conclusión no se ve afectada por el hecho de que las partes hayan pactado cláusula compromisoria en el contrato en cuestión (aptdo. 4.1.1.6), en

³⁵ F. 13-14, c. 4.

³⁶ F. 29, c. 4.

³⁷ Ver: CONSEJO DE ESTADO. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera, Subsección A. Sentencia del 20 de febrero de 2020. Rad. 25000-23-26-000-2006-00904-01 (40315); Subsección B. Sentencia del 30 de mayo de 2019. Rad. 25000-23-26-000-2005-00906-01(36338); Subsección C. Sentencia del 28 de junio de 2019. Rad. 66001-23-31-000-2003-00588-02(44009).

³⁸ CCA. "Artículo 129. El Consejo de Estado, en Sala de lo Contencioso Administrativo, conocerá en segunda instancia de los siguientes asuntos: // 1. De las apelaciones y consultas de las sentencias y de los autos sobre liquidación de condenas en abstracto dictados en primera instancia por los Tribunales Administrativos, y de los recursos de queja cuando se deniegue el de apelación"

³⁹ Siguiendo lo dispuesto en el párrafo del artículo 164 de la Ley 446 de 1998, para la fecha de presentación de la demanda —antes de la Ley 954 de 2005— los juzgados administrativos no habían entrado en operación (estos empezaron a laborar el 1° de agosto de 2006). Por lo tanto, en esta materia rige el Artículo 132, núm. 8 del CCA, anterior a la entrada en vigor de las reglas de competencia fijadas por la Ley 446 de 1998, cuyo texto era el siguiente: "ARTICULO 132. Los Tribunales Administrativos conocerán en primera instancia de los siguientes procesos: [...] 8. De los referentes a contratos administrativos, interadministrativos, y de los de derecho privado de la administración en que se haya incluido la cláusula de caducidad, celebrados por la Nación, las entidades territoriales o descentralizadas de los distintos órdenes, cuando la cuantía exceda de tres millones quinientos mil pesos (\$ 3.500.000)." La cuantía de la demanda en el proceso 2002-01799 fue estimada en ochenta y cinco millones de pesos (\$85.000.000), y la del proceso 2004-1008 fue estimada en novecientos quince millones ciento ochenta y nueve mil trescientos noventa y ocho pesos (\$915.189.398), por lo que ambas superan el tope señalado por la norma procesal, y le confieren la competencia a esta Corporación.



cuanto, para la fecha de radicación de la demanda, la jurisdicción admitía la renuncia tácita al pacto arbitral⁴⁰ y, con ello, asumía la competencia de los negocios en los que no se hubiese formulado excepción por esa circunstancia. Así, por prevalencia del derecho de acceso a la administración de justicia⁴¹, esta Colegiatura decidirá el asunto.

Sobre el primer problema jurídico⁴²

5.2. En este punto, el demandante, en síntesis, plantea en su recurso (aptdo. 2.4.1.1) que: (i) el término de caducidad de la acción de controversias contractuales debe contabilizarse sin consideración la vigencia del contrato, a partir de la fecha de cada factura que la actora haya elevado a la demandada, para cobrar el precio de los servicios prestados en virtud del contrato; y (ii) que la caducidad en el proceso 2004-1008 fue interrumpida por la presentación de la demanda en el proceso 2002-01799.

5.2.1. Lo anterior, sin embargo, no es lo que dispone la norma procesal aplicable a este asunto, que lo es el artículo 136, numeral 10, literal d) del CCA⁴³, el cual, en los asuntos relativos a los contratos sometidos a liquidación, como en el contrato núm. 002 de 2000 (aptdo. 4.1.1.8), ordenaba lo siguiente:

“d) En los [contratos] que requieran de liquidación y ésta sea efectuada unilateralmente por la administración, a más tardar dentro de los dos (2) años, contados desde la ejecutoria del acto que la apruebe. Si la administración no lo liquidare durante los dos (2) meses siguientes al vencimiento del plazo convenido por las partes o, en su defecto del establecido por la ley, el interesado podrá acudir a la jurisdicción para obtener la liquidación en sede judicial a más tardar dentro de los dos (2) años siguientes al incumplimiento de la obligación de liquidar [...]”.

5.2.2. Entonces, para todas las controversias emanadas de un único contrato sometido a liquidación, que para el momento de presentación de la demanda haya terminado por expiración del plazo de ejecución, el término de caducidad es uno e indivisible, y solo se interrumpe o suspende por causas legales, dado que dichas figuras jurídicas constituyen aspectos de orden público, garantías de seguridad jurídica y debido proceso⁴⁴. Según el artículo 143 del CCA⁴⁵ y la jurisprudencia reiterada⁴⁶, en materia contencioso-administrativa, la caducidad se interrumpe únicamente con la presentación de la demanda que cumpla con los requisitos y formalidades de ley.

El derecho de acción, con el que se pone en movimiento el aparato jurisdiccional del Estado, es ejercido mediante la presentación de la demanda, cuyo objeto concreto es la pretensión, la cual se funda en hechos y normas que conforman la

⁴⁰ A diferencia de lo que la Sala Plena de la Sección Tercera expresó posteriormente, en la providencia del 18 de abril de 2013. Rad. 85001-23-31-000-1998-00135-01(17859).

⁴¹ Ver: Sent. 28-jun-19, cit.

⁴² Aptado. 3.2.1.

⁴³ Subrogado por el artículo 44 de la Ley 446 de 1998.

⁴⁴ CONSEJO DE ESTADO, Sección Tercera, Subsección A, auto del 27 de agosto de 2021, exp. 67202

⁴⁵ “Artículo 143. Se inadmitirá la demanda que carezca de los requisitos y formalidades previstos en los artículos anteriores y su presentación no interrumpe los términos para la caducidad de la acción. [...]”.

⁴⁶ CONSEJO DE ESTADO, Sección Cuarta, auto del 2 de marzo de 2001, rad. núm. 08001-23-31-000-2000-1412-01(10909); Sección Tercera, Subsección C, sentencias del 10 de noviembre de 2010, exp. 35756; y del 13 de junio de 2013, exp. 2679, entre otras.



*causa petendi*⁴⁷, de acuerdo con el artículo 229 de la Constitución Política⁴⁸, en armonía con el artículo 137 del CCA⁴⁹. En ese ámbito concreto definido en la demanda opera, pues, la interrupción de la caducidad, como límite que es, al ejercicio del derecho de acción, para garantizar con esta la seguridad jurídica en beneficio del interés general⁵⁰.

En consecuencia, la interrupción de la caducidad no opera con un carácter general, con la presentación de la primera de dos o más demandas en las que, pese a deprecarse el incumplimiento del mismo contrato, sus pretensiones se funden en una *causa petendi* disímil y traigan consigo condenas también diferentes. Por ende, el cómputo de la caducidad debe realizarse independientemente en los procesos núm. 2002-01799 y 2004-1008.

5.2.3. En este orden de ideas, en este caso, el plazo para el ejercicio oportuno de la acción era de dos años, contados a partir del momento en que expiró el plazo de liquidación bilateral convenido por las partes (6 meses) y de los dos (2) meses previstos en la ley, para que la administración lo hiciera de forma unilateral.

5.2.3.1. El plazo de ejecución del contrato núm. 002 de 2000 expiró el treinta y uno (31) de octubre de dos mil (2000) (aptdo. 4.1.2). Al agregar los términos de liquidación bilateral y unilateral, el plazo de caducidad debe contarse a partir del primero (1°) de julio de dos mil uno (2001). Así, el periodo bienal para incoar oportunamente la acción controversias contractuales sobre el incumplimiento del contrato núm. 002 del 13 de enero de 2000 feneció el dos (2) de julio de dos mil tres (2003).

5.2.3.2. Por lo tanto, el proceso identificado con el número **2002-01799** fue iniciado **oportunamente**, dado que la demanda fue presentada el veintiocho (28) de agosto de dos mil dos (2002)⁵¹. Mientras, con la demanda que dio origen al proceso **2004-1008**, la acción de controversias contractuales fue incoada **fuera del término legal**, ya que la demanda fue radicada el trece (13) de mayo de dos mil cuatro (2004)⁵², cuando ya había operado la caducidad (aptdo. 2.1.3), razón por la cual, la Sala da respuesta negativa al primer problema jurídico (aptdo. 3.2.1) y confirmará esta decisión del *a quo*.

⁴⁷ DEVIS ECHANDÍA, Hernando. *Compendio de Derecho Procesal*. Tomo I: "Teoría general del proceso". Editorial ABC, Bogotá, 1983, pp. 153-172.

⁴⁸ "Artículo 229. Se garantiza el derecho de toda persona para acceder a la administración de justicia. La ley indicará en qué casos podrá hacerlo sin la representación de abogado".

⁴⁹ "Artículo 137. Toda demanda ante la jurisdicción administrativa deberá dirigirse al tribunal competente y contendrá: || 1. La designación de las partes y de sus representantes. || 2. Lo que se demanda. || 3. Los hechos u omisiones que sirvan de fundamento de la acción. || 4. Los fundamentos de derecho de las pretensiones. [...]".

⁵⁰ "La caducidad es una institución jurídico procesal a través del cual, el legislador, en uso de su potestad de configuración normativa, limita en el tiempo el derecho que tiene toda persona de acceder a la jurisdicción con el fin de obtener pronta y cumplida justicia. Su fundamento se haya en la necesidad por parte del conglomerado social de obtener seguridad jurídica, para evitar la paralización del tráfico jurídico. En esta medida, la caducidad no concede derechos subjetivos, sino que por el contrario apunta a la protección de un interés general. La caducidad impide el ejercicio de la acción, por lo cual, cuando se ha configurado no puede iniciarse válidamente el proceso. ||

Esta es una figura de orden público lo que explica su carácter irrenunciable, y la posibilidad de ser declarada de oficio por parte del juez, cuando se verifique su ocurrencia. || La justificación de la aplicación de la figura de la caducidad en las acciones contencioso-administrativas, tiene como fundamento evitar la incertidumbre que podría generarse ya sea por la eventual anulación de un acto administrativo, o el deber que podría recaer sobre el Estado de reparar el patrimonio del particular afectado por una acción u omisión suya. Así, en esta materia, se han establecido plazos breves y perentorios para el ejercicio de estas acciones, transcurridos los cuales el derecho del particular no podrá reclamarse en consideración del interés general". CORTE CONSTITUCIONAL, sentencia C-823 de 2001.

⁵¹ F. 3-17, c. 17.

⁵² F. 2-15, c. 10, corregida a través de memoriales presentados el 3 de agosto (f. 20-35, c. 10) y el 3 de noviembre de 2004 (f. 105-106, c. 10.).



5.3. Está demostrado que Médicos Asociados y CAJANAL suscribieron el contrato núm. 002 de 2000, que suscita las presentes controversias (aptado. 4.1.1). Por lo tanto, están **legitimadas en la causa** por activa y por pasiva, respectivamente.

Sobre el segundo problema jurídico⁵³

5.4. Este problema jurídico surge en razón al cargo del recurso interpuesto por CAJANAL, de acuerdo con el cual el incumplimiento de la obligación contractual no le es atribuible, porque Liberty estaba obligada a efectuar los pagos de los servicios prestados que la actora deprecia (aptado. 2.4.2.1).

5.4.1. Pues bien, de acuerdo con lo pactado en la cláusula 8ª del contrato de prestación de servicios núm. 002 de 2000 (aptado. 4.1.1.4), el pago de los servicios de salud a cargo de Médicos Asociados cuyo precio fuera superior a \$999.000 e inferior a \$35.000.000 sería pagado, a Médicos Asociados, directamente, por la compañía de seguros, con la que CAJANAL había asegurado el nivel IV de complejidad del Plan Obligatorio de Salud (POS)— siguiendo lo ordenado⁵⁴ por el artículo 162 parágrafo 4º de la Ley 100 de 1993— salvo el deducible o lo que excediera los \$35.000.000, que serían pagados de forma directa por CAJANAL. Para ello, en la misma cláusula se pactó un procedimiento, que Médicos Asociados debía adelantar ante CAJANAL.

5.4.2. Como, en los términos del contrato de prestación de servicios núm. 002 de 2000, el precio de los servicios prestados por Médicos Asociados sería pagado directamente por un tercero —como en esta relación contractual lo es la compañía con la que CAJANAL había suscrito un contrato de seguro— existe una dependencia funcional recíproca entre el contrato de prestación de servicios suscrito entre CAJANAL y Médicos Asociados, por un lado, y el contrato de seguros suscrito entre CAJANAL y Liberty Seguros, por el otro, en la medida en que ambos buscan la realización de una operación económica, como lo es la prestación de los servicios del plan obligatorio de salud de nivel IV de complejidad. Pero estos negocios jurídicos tienen, en todo caso, una pluralidad de causas, en cuanto conservan su autonomía tipológica o sustantiva, como contratos de prestación de servicios y de seguro. Se trata así de contratos coligados, conforme a la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, condensada en sentencia reciente de la Sala de Casación Civil⁵⁵.

En razón a esta coligación, por la cual los contratos actúan como un todo y no de forma separada,

"[...] a los intervinientes en la red contractual se les impone obrar armónicamente y en dirección al logro del propósito común; no les basta, entonces, con cumplir las obligaciones del pacto individual, sino que tienen deberes y obligaciones por satisfacer frente a la integración de que son parte los contratos coligados, pues de su cabal satisfacción depende 'tanto el surgimiento como la existencia del entramado contractual y, por sobre todo, la consecución del fin último querido por los interesados' [...]. Por tal razón, es menester que la ejecución de esa cadena de convenios se realice por

⁵³ Aptado. 3.2.2.

⁵⁴ "PARÁGRAFO 4o. Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo."

⁵⁵ Sentencia de 23 de junio de 2022, SC1416-2022, radicación núm. 11001-31-03-035-2019-00014-00.



cada uno de los partícipes de la manera que mejor contribuya al logro del objetivo sistémico que se trazó".

Por ello, a los contratos coligados, *"debe auscultárseles en función de la conexidad con los otros o del engranaje complejo que conforman, pues sólo con su ejecución conjunta se alcanza la consecución del objetivo perseguido por los contratantes".*

5.4.3. Ahora bien, en la cláusula 9ª del contrato de seguro suscrito entre CAJANAL y Liberty (aptado. 4.2.1) se estipuló que el pago de las indemnizaciones por el acaecimiento del siniestro se haría de forma directa por la *"Unión Temporal"* a la Institución Prestadora de los Servicios de Salud (IPS) *"adscrita al asegurado"*; siendo CAJANAL tal asegurado, según lo pactado en la cláusula 3.22 del referido contrato, a la cual, a su vez, le correspondía remitir la autorización de pago de los servicios médicos a la *"Unión Temporal"*, para que esta última realizara el desembolso. En todo caso, se aclaró expresamente, que *"[...] la responsabilidad final del pago de los servicios obtenidos por los afiliados al asegurado frente a la Institución Prestadora de Servicios de Salud adscrita al asegurado será exclusivamente de dicho asegurado"* (aptado. 4.2.1).

Llama la atención la referencia existente en el texto del contrato de seguro a una *Unión Temporal*, debido a que —de acuerdo con el certificado de existencia y representación obrante en el expediente⁵⁶— Liberty era una sociedad anónima, sin que conste que hubiera obrado como una unión temporal; mientras CAJANAL era una empresa industrial y comercial del Estado (aptado. 5.1.1). Tampoco cabe afirmar que, de esa forma, se hiciera referencia a la firma auditora del contrato de seguros, *International Managed Care Services Colombia (IMCS)*, a la cual no le correspondía obligación alguna de pago, de acuerdo con lo previsto en el Manual para Reclamación y Pagos de la Póliza de Reaseguramiento para Enfermedades Catastróficas o de Alto Costo (aptado. 4.2.2.2), ni existe prueba de que hubiera obrado como una unión temporal.

En este orden de ideas, de acuerdo con una interpretación armónica de los contratos de prestación de servicios y de seguro coligados en este caso, que atienda a la consecución del objetivo sistémico trazado y a su función económica, así como a la función propia de la aseguradora, a la cual le corresponde la cobertura del interés asegurado en cabeza del tomador o del asegurado⁵⁷, dentro de un marco hermenéutico en el que prima la interpretación que produzca un efecto⁵⁸, debe entenderse que el pago sería realizado por la aseguradora a la IPS, de acuerdo con lo que esta última hubiera convenido con la EPS, la cual obra como tomadora-asegurada en el referido contrato de seguro.

5.4.4. Esta interpretación se acomoda, así mismo, a lo estipulado en la cláusula 6ª del contrato de seguros (aptado. 4.2.1) y a lo previsto en el numeral 5.3.2 del capítulo II del referido Manual para Reclamación y Pagos de la Póliza de Reaseguramiento para Enfermedades Catastróficas o de Alto Costo (aptado.

⁵⁶ F. 6-16, C. 3.

⁵⁷ «[E]l seguro es un contrato "por virtud del cual una persona —el asegurador— se obliga a cambio de una prestación pecuniaria cierta que se denomina 'prima', dentro de los límites pactados y ante la ocurrencia de un acontecimiento incierto cuyo riesgo ha sido objeto de cobertura, a indemnizar al 'asegurado' los daños sufridos o, dado el caso, a satisfacer un capital o una renta, según se trate de seguros respecto de intereses sobre cosas, sobre derechos o sobre el patrimonio mismo, supuesto en que se les llama de 'daños' o de 'indemnización efectiva', o bien de seguros sobre las personas cuya función, como se sabe, es la previsión, la capitalización y el ahorro" [...].» CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, Sala de Casación Civil, sentencia de 19 de diciembre de 2008, rad. núm. 2000-00075-01.

⁵⁸ CÓDIGO CIVIL. "Artículo 1620. El sentido en que una cláusula puede producir algún efecto, deberá preferirse a aquel en que no sea capaz de producir efecto alguno".



4.2.2.2), de acuerdo con los cuales, la autorización del servicio médico de alto costo —el cual constituye el siniestro en el contrato de seguro— es una competencia exclusiva de CAJANAL; autorización esta que se expide en función de los derechos del afiliado y de la patología que éste presente, para cuyo trámite CAJANAL contaba con los servicios de la auditora *International Managed Care Services Colombia* (IMCS) (aptado. 4.2.2.2).

En línea con lo anterior, en la cláusula tercera del contrato de prestación de servicios núm. 002 de 2000, Médicos Asociados se obligó a presentar a CAJANAL las cuentas por los servicios médicos prestados de nivel IV de complejidad, de acuerdo con lo previsto en el Manual para Reclamación y Pagos de la Póliza de Reaseguramiento para Enfermedades Catastróficas o de Alto Costo (aptado. 4.1.1.2); y, a su vez, CAJANAL se obligó a entregar oportunamente el aviso del siniestro y la autorización para la prestación de los servicios al usuario (aptado. 4.1.1.3). Finalmente, los costos de los servicios que no correspondieran al nivel IV de complejidad serían asumidos por la IPS a la que el afiliado se encontrara inscrito, para lo cual se requería la autorización de aquella (aptados. 4.1.1.1 y 4.1.1.2).

5.4.5. Ahora bien, en el contrato de reaseguro previsto en el parágrafo 4º del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) —a las cuales les corresponde administrar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, a cambio de una Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada afiliado⁵⁹— se busca garantizar una prestación sostenible⁶⁰ del Plan Obligatorio de Salud (POS)⁶¹, mediante una distribución vertical del riesgo⁶², para que el Sistema General de

⁵⁹ LEY 100 DE 1993. "Artículo 153. Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud: [...] e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las instituciones prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el Gobierno; || f) Por cada persona afiliada y beneficiaria, la entidad promotora de salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación, UPC, que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud; [...] Artículo 177. Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la presente Ley. [...] Artículo 182. Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud".

⁶⁰ LEY 100 DE 1993. "Artículo 153. Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud: [...] 3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo".

⁶¹ "Artículo 162. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. [...] Parágrafo 4º. Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo".

⁶² "Como sistema de distribución vertical del riesgo, el reaseguro es la traslación de una parte del riesgo asumido directamente por el asegurador con el objeto de nivelar su eventual responsabilidad frente al asegurado en guarda del presupuesto de la 'uniformidad cuantitativa' que es uno de los que gobierna la operación racional del seguro. [...] Solo mediante este mecanismo técnico jurídico de distribución de los riesgos, puede el asegurador —o el reasegurador— asumir, a través del seguro directo, cuantiosas responsabilidades eventuales que exceden, con mucho, su limitada capacidad patrimonial y, más aún, el margen de su solvencia financiera. || Porque importa subrayar de una vez que la responsabilidad jurídica del asegurador solo encuentra su tope en el límite estipulado en el seguro —es total—, al paso que su responsabilidad técnico-financiera se halla



Seguridad Social en Salud no se vea afectado con el cubrimiento de enfermedades de alto costo. De esta forma, las EPS obran como aseguradoras, a cargo del cubrimiento de los riesgos por la afectación a la salud de sus afiliados, el cual es trasladado parcialmente a la compañía con la que suscriben el contrato de reaseguro, compartiendo así esta y aquella una misma suerte, así como las obligaciones contraídas con el tomador o asegurado, conforme al artículo 1134 del Código de Comercio⁶³.

Si bien, de acuerdo con el artículo 1135 del Código de Comercio⁶⁴, por regla general, el reasegurador no está obligado con el asegurado del contrato primigenio, por lo que este carece de acción directa contra aquel, esto puede ser modificado consensualmente, según el artículo 1136 *ejusdem*⁶⁵; modificación que se justifica, por demás, en razón a la función colectiva que le asiste al reaseguro previsto en el párrafo 4º del artículo 162 de la Ley 100 de 1993, sin contrariar el orden público. No debe pues excluirse, *a priori*, la existencia de obligaciones de la reaseguradora con un tercero, como en el presente asunto lo es Médicos Asociados, en el contrato de seguro suscrito entre CAJANAL y Liberty.

5.4.6. Pues bien, en los términos de los contratos coligados de seguro y de prestación de servicios bajo análisis, la aseguradora Liberty estaba obligada a pagar directamente a la IPS los servicios de salud del nivel IV de complejidad que esta última hubiera prestado, y que excedieran \$1.000.000 hasta un tope de \$35.000.000 (aptado. 4.1.1.4). Para ello, Médicos Asociados debía entregar a CAJANAL las cuentas que se generaran por el servicio prestado (aptado. 4.1.1.2), lo que comprendía dos paquetes con: (i) la factura (en original y cinco copias) por cada patología, (ii) la epicrisis diligenciada de conformidad con la resolución núm. 3905 de 1994, (iii) copia del aviso del siniestro, (iv) copia de la autorización expedida por CAJANAL, y (v) los formularios GR4 y GR5 del procedimiento de reclamación a la aseguradora [aptados. 4.1.1.4 y 4.2.1 (cláusula 7ª)].

Entre los anteriores documentos, reviste una particular importancia la autorización de servicios, ya que, con esta, CAJANAL verificaba que el afiliado o beneficiario tuviera el derecho a recibir el servicio médico correspondiente al POS, de acuerdo con su patología, que —en el marco de los contratos bajo examen— correspondía al nivel IV de complejidad. Además, la autorización abría paso a la auditoría que se desarrollaba con el fin de liquidar el monto del siniestro, así como al trámite de aviso del siniestro a la aseguradora, trámite que le corresponde a CAJANAL [aptados. 4.2.1 (cláusula 6ª) y 4.2.2.2. (nums. 5.3.2, 5.3.5 y 6)].

Así, con dicha autorización, CAJANAL cumplía sus funciones de “organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a

enmarcada por la retención debidamente calculada. En otro términos: el reaseguro está llamado a proveer, en caso de siniestro, a la insuficiencia de sus recursos, mejor dicho, a suplir la diferencia entre las dos responsabilidades en cuestión”. OSSA, Efrén J. *Teoría General del Seguro: La institución*, Temis, Bogotá, 1988, pp. 103-104.

⁶³ CÓDIGO DE COMERCIO. “Artículo 1134. [Modificado por el artículo 88 de la Ley 45 de 1990]. *En virtud del contrato de reaseguro el reasegurador contrae con el asegurador directo las mismas obligaciones que éste ha contraído con el tomador o asegurado y comparte análoga suerte en el desarrollo del contrato de seguro, salvo que se compruebe la mala fe del asegurador, en cuyo caso el contrato de reaseguro no surtirá efecto alguno. || La responsabilidad del reasegurador no cesará, en ningún caso, con anterioridad a los términos de prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro. || Estos términos no pueden ser modificados por las partes*”.

⁶⁴ CÓDIGO DE COMERCIO. “Artículo 1135. *El reaseguro no es un contrato a favor de tercero. El asegurado carece, en tal virtud de acción directa contra el reasegurador, y éste de obligaciones para con aquél*”.

⁶⁵ CÓDIGO DE COMERCIO. “Artículo 1136. *Los preceptos de este título, salvo los de orden público y los que dicen relación a la esencia del contrato de seguro, sólo se aplicarán al contrato de reaseguro en defecto de estipulación contractual*”.



los afiliados"; y de "[e]stablecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud" (artículos 177 y 178.6, Ley 100 de 1993).

5.4.7. En el presente asunto, el *a quo* consideró que la referida autorización había sido expedida y que obraba en el expediente (apdo. 2.3.4). Sin embargo, el documento referido no corresponde a la autorización requerida contractualmente, ya que no fue expedido por CAJANAL, ni esta autorizó, con él, la prestación del servicio en razón a una verificación de los derechos del beneficiario⁶⁶. Por el contrario, obra en el expediente documento⁶⁷ en el que CAJANAL no autorizó la solicitud de servicios de salud a Joel David Angulo Amaya, por:

- No traer la aprobación del Acta del Comité Técnico Científico de Medicamentos NO POS.
- Procedimiento no amparado por la Póliza Liberty de Reaseguramiento para enfermedades catastróficas.
- Procedimiento incluye dentro de lo capitado, según Resolución [ilegible]. [...]"

De esa forma, al no contar con la autorización preceptiva estipulada, no cabía exigirle a Liberty Seguros el pago por los servicios médicos prestados a Joel David Angulo Amaya, siendo a aquella a quien le correspondía el desembolso directo del pago, conforme al tenor de la obligación⁶⁸.

5.4.8. Por último, observa la Sala que, si bien, en el contrato de seguros se estipuló que la "responsabilidad última" por el pago de los servicios prestados por la IPS al afiliado estaba en cabeza de la asegurada, que lo era CAJANAL, ello no conlleva la asunción de una obligación solidaria por pasiva, ya que así no fue pactado expresamente⁶⁹. Debe entenderse, pues, que CAJANAL responde subsidiariamente por el pago de los servicios médicos prestados, cuando este no hubiere sido efectuado por la aseguradora, pese al cumplimiento de los requisitos contractuales. Como esto no ocurrió en el presente asunto, no cabe exigirle a CAJANAL tal pago.

5.4.9. De acuerdo con todo lo anterior, el primer cargo de la apelación formulado por CAJANAL está llamado a prosperar y se impone una respuesta afirmativa al segundo problema jurídico, por lo que la sentencia de primera instancia será revocada. Además, como en los problemas jurídicos subsiguientes se debate el monto de la indemnización a la que habría lugar si la respuesta al anterior problema fuera negativa, no hay lugar a su estudio.

VII. COSTAS

El artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo) establece que las costas siguen lo dispuesto por el entonces vigente Código de Procedimiento Civil. De acuerdo con esta última codificación (artículo 392), se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, súplica, queja,

⁶⁶ F. 42, c. 4.

⁶⁷ F. 48, c. 4.

⁶⁸ CÓDIGO CIVIL. "Artículo 1627. El pago se hará bajo todos respectos en conformidad al tenor de la obligación; sin perjuicio de lo que en los casos especiales dispongan las leyes. [...]".

⁶⁹ CÓDIGO CIVIL. "Artículo 1568. [...] Pero en virtud de la convención, del testamento o de la ley puede exigirse cada uno de los deudores o por cada uno de los acreedores el total de la deuda, y entonces la obligación es solidaria o in solidum. || La solidaridad debe ser expresamente declarada en todos los casos en que no la establece la ley" (subrayado añadido).



casación, revisión o anulación que haya propuesto. En vista de que ambas partes interpusieron recursos de apelación y se accedió al presentado por CAJANAL, siendo desestimado por completo el interpuesto por Médicos Asociados, es claro que esta última fue vencida, razón por la que será condenada en costas.

Teniendo en cuenta que, en esta instancia, CAJANAL presentó alegaciones, las cuales, en todo caso, eran pertinentes en razón al recurso por ella interpuesto, la Sala impondrá agencias en derecho correspondientes al 0,5% del monto de la condena revocada, conforme al artículo 393 del CPC y al artículo 1.1 del Acuerdo del Consejo Superior de la Judicatura núm. 2222 de 2003, para un total de seiscientos treinta y ocho mil trescientos tres pesos (\$638.303).

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

FALLA

REVÓQUENSE los ordinales segundo, tercero, cuarto, quinto, sexto y séptimo de la sentencia proferida el doce (12) de diciembre de dos mil doce (2012), por el Tribunal de Cundinamarca, Sección Tercera, Subsección B, para, en su lugar, resolver:

SEGUNDO: NIÉGUENSE las pretensiones de la demanda, conforme a lo considerado en esta providencia.

TERCERO: LIQUÍDESE en ceros (\$) el contrato de prestación de servicio núm, 002 del 13 de enero de 2000, celebrado entre la Caja Nacional de Previsión Social EPS y Médicos Asociados S.A.

CUARTO: CONDÉNESE en costas a Médicos Asociados S.A., con agencias en derecho de seiscientos treinta y ocho mil trescientos tres pesos (\$638.303)

QUINTO: Una vez en firme esta providencia, **DEVOLVER** al Tribunal de origen.

Cópiese, Notifíquese y Cúmplase


NICOLÁS YEPES CORRALES
Magistrado
Aclaración de voto


JAIME ENRIQUE RODRÍGUEZ NAVAS
Magistrado


GUILLERMO SÁNCHEZ LUQUE
Magistrado
Salvo voto