

REPÚBLICA DE COLOMBIA - RAMA JUDICIAL**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI
SALA QUINTA DE DECISIÓN LABORAL****SENTENCIA 159**

(Aprobado mediante Acta del 13 de octubre de 2023)

Proceso	Preferente y sumario
Demandante	José Ignacio Holguín
Demandado	Coomeva EPS en liquidación
Radicado	76001220500020210024900
Tema	Reembolso gastos médicos
Decisión	Revoca

En Santiago de Cali, el día 04 de diciembre del 2023, la Sala Quinta de Decisión Laboral, conformada por los **Magistrados María Isabel Arango Secker, Carolina Montoya Londoño y Fabian Marcelo Chavez Niño**, quien actúa como ponente, obrando de conformidad con la Ley 2213 de 2022, por medio de la cual se modificó el artículo 82 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, procedemos a resolver el recurso de apelación de la sentencia S2020-001049 del 12 de junio de 2020, proferida dentro del proceso especial promovido por **José Ignacio Holguín** contra **Coomeva EPS en liquidación**.

ANTECEDENTES

Para empezar, José Ignacio Holguín pretende que se ordene a Coomeva EPS el reconocimiento económico de la suma de Setenta y tres millones novecientos setenta y tres mil ciento ochenta de M/Cte (\$ 73.973.180), gastos en que incurrió por el tratamiento recibido su compañera permanente Villa Franco, a los intereses moratorios y a las costas procesales.

Como hechos relevantes, manifestó que debido a fuertes dolores que padecía Villa Franco en el estómago acudió a la IPS Nueva vida centro médico siendo atendida por el Dr. Carlos Eduardo Obregón, quien le ordenó exámenes como endoscopia, TAC de abdomen, entre

otros, que el 9 de abril de 2016 le diagnosticó lesión pancreática que sugiere neoplasia primaria con signos de compromiso ganglionar y vascular – lesiones focales hepáticas que sugieren metástasis, que con ese diagnóstico acudió a la Clínica Medellín, pero no tenía convenio vigente con Coomeva.

Agregó, que también acudió al Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez donde le dijeron que no podían hacer nada por la condición de salud, que inició tratamiento particular en el Hospital Pablo Tobón Uribe, que el oncólogo le dio las ordenes de tratamiento, le diagnosticó adenocarcinoma del páncreas con compromiso hepático, por lo que requería atención urgente dados sus padecimientos de salud.

Agrega, que el 16 de noviembre de 2016 elevó reclamación para obtener el reembolso de los gastos médicos en suma de \$47.433.205 en que incurrió por el tratamiento médico de la compañera permanente, señora Helen Mayde Villa Franco quien padecía de una lesión hepática que sugiere neoplasia primaria con signos de compromiso ganglionar y vascular. Lesiones focales hepáticas que sugieren metástasis, que cubrió los gastos de su pareja hasta el 16 de noviembre de 2016, sin que la demandada le hubiera cancelado.

Agrega, que su pareja se encontraba afiliada como cotizante porque trabajaba para inversiones Holguin y Cia S.C.S., que después de haber presentado la primera solicitud se continuaron generando gastos médicos, pero que las facturas fueron expedidas por el Hospital Pablo Tobón Uribe, por lo que considera que al valor inicial reclamado deberá sumarse las demás facturas que se generaron en el tiempo, que arrojan el valor de \$73.973.180, que el tratamiento de su pareja fue cancelado con sus propios recursos hasta el momento del deceso, el 25 de mayo de 2017.

Dentro del trámite procesal se evidencia que mediante Auto fue admitida la demanda y se requirió al Hospital Pablo Tobón Uribe para que aportara los documentos que reposaran en su poder de la paciente hoy fallecida.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Por un lado, Coomeva EPS, hoy en liquidación, guardó silencio.

Por otro lado, ante el requerimiento realizado por la Superintendencia de Salud al Hospital, dio cumplimiento a lo solicitado y, además, indicó que a la paciente se le había brindado atención en urgencias y en consulta externa.

DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Nacional de Salud, a través de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante sentencia S2020-001049 proferida el 12 de junio de 2020, condenó a COOMEVA EPS, hoy en LIQUIDACIÓN al pago de la suma de \$73.973.180, absolvió de las demás y condenó en costas procesales.

Lo anterior, luego de ilustrar sobre los principios de atención en salud, indicó que de todo el material probatorio aportado por el Hospital requerido se logró evidenciar que el tratamiento requerido en su momento por Villa Franco debía ser integral y continuo, que el tratamiento oncológico se encuentra financiado en el Plan Básico de Salud (PBS), con cobertura de la UPC, que al padecer cáncer de páncreas, era sujeto de especial protección constitucional, pero que esta situación no fue tenida en cuenta por Coomeva EPS.

Agregó, que dado que las facturas aportadas aparecen a nombre de la fallecida y que Holguín es quien reclama, precisó que no es de su competencia aplicar la figura de sucesión, por lo que ordenó que lo que se condene deberá hacer parte de la masa sucesoral de la causante.

RECURSO DE APELACIÓN

La accionada, inconforme con la decisión, interpuso y sustentó el recurso de apelación a través del cual hizo una breve ilustración sobre el derecho a la salud, asimismo, indicó que al revisar las facturas

aportadas se evidencia que la causante asistía de manera programada a las citas médicas, por lo que considera que fue ella quien optó por asumir de manera particular el tratamiento de su patología, además, que al no elevar la reclamación ante la entidad se estaría ante la presencia de la extemporaneidad, en consecuencia, solicita que se revoque la decisión, y en su lugar, se absuelva de todas las pretensiones.

COMPETENCIA DEL TRIBUNAL

Antes de emitir las decisiones de fondo, resulta importante anotar que, la competencia de esta corporación está dada por lo dispuesto en el numeral 1° del artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, y el párrafo 1° del 6, de la ley 1949 de 2019, modificatoria del artículo 41 de la ley 1122 de 2007; y en concreto, por los puntos censurados por la entidad apelante, por respeto al principio de consonancia contemplado en el artículo 66A del CPTSS.

PROBLEMA JURÍDICO

El problema jurídico en esta instancia y en atención al recurso de apelación interpuesto por la parte pasiva, consiste en determinar si la EPS demandada debe reembolsarla suma de \$73.973.180, correspondiente a los gastos incurridos por la atención médica en el Hospital Pablo Tobón Uribe.

CONSIDERACIONES

En el presente caso no es materia de discusión el hecho de que la señora Villa Franco fue atendida en el Hospital Pablo Tobón Uribe por padecer de dolor intenso en el estómago, que dada la valoración y los exámenes realizados en abril de 2016 le fue diagnosticado tumor maligno de páncreas estadio IV, adenocarcinoma bien diferenciado cuerpo de páncreas con metástasis a hígado y que falleció el 25 de mayo de 2016.

Así pues, para dirimir la controversia traída a los estrados, bueno resulta recordar la norma reguladora en materia de reconocimiento de

devolución de dineros frente a los gastos en que incurre el afiliado, esto es, el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, que consagra:

“Artículo 41. Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos: (...) b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos: 1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen. 2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica. 3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.”

Además, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, emitida por el Ministerio de Salud “Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimiento del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, preceptúa:

ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica (sic) y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. [...].

Del mismo modo, en lo que tiene que ver con la reclamación, la Corte Constitucional en la sentencia T-594-2007, señaló: *Sobre el particular, lo primero que debe señalarse es que el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ninguna manera como un término prescriptivo de la obligación que tiene el I.S.S. de reconocer a sus usuarios, el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo en mención corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la propia entidad, razón por la cual el vencimiento del mismo no puede de manera alguna tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le asisten.*

De lo anterior, se resalta que, aunque la mencionada decisión no se erige frente a las Entidades Promotoras de Salud, sino que por el contrario se analiza una solicitud de reembolso ante el ISS, la cual goza de reglamentación especial –Resolución 2475 de 2004– y además consagraba un plazo mayor, el de sesenta días para presentar la solicitud, lo cierto, es que el criterio allí expuesto se reiteró en la sentencia T-650 de 2011, en la que se estudió un caso similar al aquí planteado y existe identidad del sujeto pasivo. Por ende, se considera que esto resulta aplicable frente a todas las entidades prestadoras de servicio que tengan que ver con el derecho a la seguridad social.

Aunado a lo anterior, se infiere que para obtener el reembolso de los gastos en que incurrió la afiliada, debe solicitar el correspondiente pago a la EPS, dentro de los quince días siguientes a la fecha en que fue dada de alta la paciente, o, para el caso que nos ocupa, ese mismo tiempo luego de ocurrido el deceso de la usuaria.

Al descender al caso objeto de estudio, de todo el material documental allegado al expediente, la Sala no pierde de vista que la demandante acudió al Hospital Pablo Tobón Uribe por padecer de dolor intenso en el abdomen y que desde ese momento, abril de 2016, luego de ser valorada por el médico y luego de haberse realizado todos los exámenes requeridos le diagnosticaron un tumor maligno en el páncreas que ya había hecho metástasis al hígado, uno de los tantos tipos de cáncer que requiere un manejo eficaz e integral por parte de las entidades prestadoras de servicio, que también recibió atención por consulta externa y que finalmente feneció en mayo de 2017.

En ese sentido, resulta claro que la señora Villa Franco, sí requería de la atención que recibió en su momento por parte el Hospital Pablo Tobón Uribe, pues primaba salvaguardar el derecho fundamental de la salud, acorde con los principios que regulan la atención de servicios de salud, asimismo, para el Tribunal resulta claro que la paciente recibió tratamiento durante un año y luego surgió su deceso, situación que reafirma que la atención que requería era de suma urgencia y no como lo pretende hacer ver Coomeva EPS con el recurso de apelación presentado.

No obstante lo anterior, llama la atención dos situaciones específicas, la primera, que, aunque en las facturas aportadas no se indica quien realizó el pago, también es que el Hospital, ya varias veces mencionado, al contestar el requerimiento fue enfático en indicar que todo estaba cancelado, sin hacer referencia a qué persona cubrió el gasto por tratamiento médico recibido, es decir, que en principio no existe legitimación por activa para presentar el reclamo (tal como lo dejó claro el fallador de primer grado). Otra situación que se evidencia en el presente asunto, es que es el mismo Hospital indica que las atenciones derivadas de ingresos por urgencias, fueron reportadas y facturadas con cargo a la EPS Coomeva, que las que no requieren ese tipo de verificación son las atenciones por consulta externa, que por ello no se efectuaron.

Quedando claro que, dada la información recibida por el Hospital, Coomeva tuvo conocimiento de los ingresos al servicio de urgencias por parte de Villa Franco. Sin embargo, considera la Sala que por el hecho de que Coomeva EPS hubiera sido enterada por parte del Hospital de las atenciones por urgencias, no significa que la parte que hoy implora el derecho al reembolso de la suma pretendida quede relevada de elevar reclamación ante Coomeva EPS, pues si era su aspiración recuperar el dinero pagado por la atención médica debió haber presentado la reclamación respectiva como lo dispone la norma y la misma jurisprudencia, no obstante, de todo el material probatorio no se advierte tal situación.

Así las cosas, al no encontrarse probado que se hubiera reclamado ante Coomeva por parte del señor Holguín, así como tampoco la negativa de la demandada frente a la prestación del servicio requerido en su momento por la fallecida, pues lo único que se evidencia en todo el trámite es que una vez le diagnosticaron el cáncer a aquella, su pareja optó por una atención de manera particular, por ende, no queda más camino que revocar la sentencia proferida en primera instancia y, en su lugar, absolver de todas y cada una de las pretensiones incoadas en su contra.

Sin costas en esta instancia.

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

RESUELVE:

Primero: REVOCAR la sentencia S2020-001049 proferida el 12 de junio de 2020, por la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, adscrita a la Superintendencia de Salud; conforme lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

Segundo: Sin COSTAS en esta instancia.

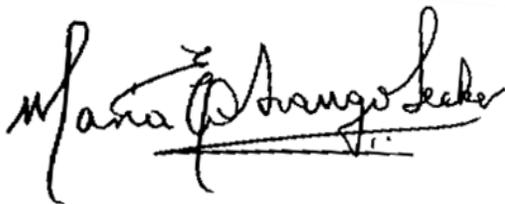
Lo resuelto se notifica y publica a las partes, por medio de la página web de la Rama Judicial.

No siendo otro el objeto de la presente se cierra y se suscribe en constancia por quienes en ella intervinieron, con firma escaneada, por salubridad pública conforme lo dispuesto en el Artículo 11 del Decreto 491 del 28 de marzo de 2020.



FABIAN MARCELO CHAVEZ NIÑO

Magistrado



MARÍA ISABEL ARANGO SECKER

Magistrada



CAROLINA MONTOYA LONDOÑO

Magistrada