



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

LUCERO SANTAMARÍA GRIMALDO
Magistrada

REFERENCIA: PROCESO **SUMARIO**
RADICACIÓN: 11001 22 05 00 **2022 00199 01**
DEMANDANTE: JOSE GILBERTO ROZO RAMIREZ
DEMANDADO: FAMISANAR EPS

Bogotá, D.C., veintinueve (29) de abril de dos mil veintidós (2022).

Revisado el expediente remitido por la Superintendencia Nacional de Salud, para que se resuelva el recurso de apelación interpuesto por José Gilberto Rozo Ramírez (fl. 182) en contra de la providencia proferida el 29 de abril de 2021 (fl. 176), se observa que la cuantía de la pretensión elevada ante dicha Entidad como Juez de primera instancia, asciende a catorce millones trescientos ochenta mil ochocientos cincuenta y cinco pesos (\$14.380.855), valor que resulta inferior a veinte (20) salarios mínimos legales mensuales vigentes para el año 2018, data en que se presentó la demanda, por lo que se trata de un proceso de única instancia y las decisiones que se adopten no son susceptibles de apelación.

El artículo 12 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social así lo dispone, pues la normas que regulan el ejercicio de funciones jurisdiccionales por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, no modificaron las reglas sobre competencia funcional por razón de la cuantía en los procesos laborales que se deban tramitar ante dicha autoridad administrativa, criterio que se acompasa con el carácter preferente y sumario que le atribuyó el parágrafo 2 del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, a los procesos que se tramitan ante dicha Superintendencia.

El numeral 2 del artículo 13 de la Ley 270 de 1996 reguló la materia y condicionó su ejercicio al cumplimiento de las normas sobre competencia y procedimiento previstas en las leyes; se dispuso: “*Artículo 13. Modificado artículo 6° Ley 1285 de 2009.- Ejercen función jurisdiccional de acuerdo con*

lo establecido en la Constitución Política: (...) 2° Las autoridades administrativas respecto de conflictos entre particulares, de acuerdo con las normas sobre competencia y procedimiento previstas en las leyes (...)”.

El numeral 1 del artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, al momento de regular el recurso de apelación contra las decisiones proferidas por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, estableció: *“(...) En caso que sus decisiones sean apeladas, el competente para resolver el recurso, conforme a la normativa vigente será el Tribunal Superior del Distrito Judicial -Sala Laboral- del domicilio del apelante.”*.

El inciso 3 del Parágrafo 3 del artículo 24 del Código General del Proceso, consagró: *“Las apelaciones de providencias proferidas por las autoridades administrativas en primera instancia en ejercicio de funciones jurisdiccionales se resolverán por la autoridad judicial superior funcional del juez que hubiese sido competente en caso de haberse tramitado la primera instancia ante un juez y la providencia fuere apelable”*; el inciso 4 del mismo precepto normativo prevé: *“Cuando la competencia la hubiese podido ejercer el juez en única instancia, los asuntos atribuidos a las autoridades administrativas se tramitarán en única instancia”*.

El parágrafo 1 del artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, dispuso que la sentencia emitida por la Superintendencia Nacional de Salud podía ser apelada y *«en caso de ser concedido el recurso»*, debía remitirse el expediente al Tribunal Superior de Distrito Judicial-Sala Laboral- del domicilio del apelante.

En ese contexto, las leyes que regularon la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud no modificaron las normas de competencia en materia laboral, por lo que los demás preceptos normativos deben ser garantizados y respetados en función al debido proceso de las partes. Entonces, en el trámite de los recursos de apelación contra providencias proferidas por dicha Superintendencia, debe acatarse la normativa vigente en materia de competencia por parte de las salas laborales de los tribunales superiores, entre las que se incluye la funcional de conocer en segunda instancia los procesos cuya cuantía exceda los 20 salarios mínimos.

También, se advierte que la competencia jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud es a prevención, por lo que sería contrario al principio de igualdad material, que una misma controversia de cuantía inferior a 20 salarios mínimos se tramitara en doble instancia cuando fuere de conocimiento de una autoridad administrativa en ejercicio de funciones jurisdiccionales y en única instancia cuando fuere de conocimiento del juez ordinario laboral.

No obstante lo anterior, de conformidad con el artículo 69 del Código de Procedimiento del Trabajo y la Seguridad Social, al ser la sentencia de única instancia totalmente adversa al afiliado demandante, es procedente abordar su estudio en virtud del grado jurisdiccional de consulta. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en sentencia CSJ STL137-2018, reiterada en CSJ STL580-2021 precisó que:

(...) la Corte Constitucional al estudiar la constitucionalidad de esta norma procesal, resolvió «Declarar EXEQUIBLE, por los cargos examinados, la expresión “Las sentencias de primera instancia” contenida en el artículo 69 del Código Procesal del Trabajo, entendiéndose que también serán consultadas ante el correspondiente superior funcional, las sentencias de única instancia cuando fueren totalmente adversas a las pretensiones del trabajador, afiliado o beneficiario (...).

I. ANTECEDENTES

José Gilberto Rozo Ramírez pretende el reconocimiento y pago de los gastos médicos en que incurrió por valor de \$14.380.855.

En respaldo de sus pretensiones, narró que asumió las expensas de médicos especialistas de la Fundación Santa Fe dada la negligencia de los galenos de la EPS y su riesgoso estado de salud; que solicitó el reembolso que por esta vía persigue pero le fue negado.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Famisanar Eps, manifestó que ha garantizado todos los servicios médicos que le han autorizado al demandante. Indicó que las atenciones solicitadas por reembolso nunca fueron radicadas o autorizadas por la Eps, y tampoco se trata de una urgencia, por lo que no existe incapacidad, imposibilidad o negligencia demostrada por parte de la Eps.

III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El 29 de abril de 2021, la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud negó las pretensiones de la demanda. Apoyó su decisión, en que los servicios objeto de reembolso no versan sobre una atención de urgencias, ni fueron expresamente autorizados por la Eps, y no se demostró negligencia. Adujo que la realización de los exámenes fue de manera ambulatoria y particular, sin que fueran ordenadas por la Eps Famisanar, y menos se demostró gestión para lograr la autorización de servicios.

IV. GRADO JURISDICCIONAL DE CONSULTA

De conformidad con el artículo 69 del Código de Procedimiento del Trabajo y la Seguridad Social, al ser la sentencia de única instancia totalmente adversa al afiliado demandante, es procedente abordar su estudio en virtud del grado jurisdiccional de consulta.

V. CONSIDERACIONES

Verificada la ausencia de nulidad que invalide lo actuado, corresponde a la Sala dilucidar si Famisanar Eps debe ser exonerada del reembolso por los gastos médicos en que incurrió el demandante.

Esta Corporación es competente para solucionar la presente controversia, de acuerdo con el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, adicionado por el 126 de la Ley 1438 de 2011, vigentes para el momento en que se interpuso la demanda y para la fecha en que acontecieron los hechos que expone el actor. Igualmente lo es, con arreglo al artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, por el domicilio a favor de quien se suerte el grado jurisdiccional.

Los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y las Leyes 100 de 1993 y 1751 de 2015, consagran que el derecho fundamental a la salud comprende el acceso a los servicios de esa índole de manera oportuna, eficaz y con calidad para su preservación, mejoramiento y promoción; tal derecho debe ser garantizado a través de las prestaciones correspondientes, estructuradas sobre una concepción integral que incluya, además, la prevención, paliación, atención de la enfermedad, y rehabilitación de las secuelas.

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

En el caso concreto, se observa que el *a quo* determinó que la entidad promotora de salud cumplió en debida forma con la atención oportuna y eficaz de la prestación de servicios requeridos por el demandante José Gilberto Rozo Ramírez.

Respecto a la prestación de los servicios que se deben garantizar en términos generales, la Corte Constitucional en sentencia CC T-671-2013 ha referido:

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

Entre los meses de enero a marzo de 2018, el actor fue atendido de manera particular en la Fundación Santa Fe de Bogotá, en la que se le realizaron exámenes de electrocardiograma, radiografía de torax y cirugía de hernia. Por tal motivo, sufragó los valores de: *i)* \$4.939.531 por

procedimiento quirúrgico, insumos y enfermería; *ii*) \$171.160 por radiografía de torax; *iii*) \$78.810 por electrocardiograma de ritmo; *iv*) \$631.620 por ecografía de tejidos blandos pared abdominal y de pelvis; *v*) \$307.780 por exámenes clínicos; *vi*) \$84.810 por examen de cortisol libre en orina; *vii*) \$2.680.000 de honorarios médicos de anestesia a paciente; *viii*) \$4.000.000 por honorarios médicos por servicios prestados en procedimiento herniorrafia inguinal bilateral con mallas y, *ix*) \$178.563 de consulta por primera vez por especialista en medicina interna. Se advierte que todos los gastos se realizaron por pago directo del demandante, pues no se determinó un convenio existente.

En el 2017 se verifican trámites adelantados por la Eps ante su red de prestadoras de servicios de salud, en las que se llevaron a cabo exámenes médicos: el 18 de julio de 2017, se realizó escanografía de abdomen total con medio de contraste, y se recomendó valoración con resonancia magnética con medio de contraste. Se concluyó hiperperfusión arterial transitoria del segmento 7 del hígado de causa no aparente en este examen. El 9 de agosto de 2017, se practicó resonancia magnética de abdomen superior con contraste que indicó pequeño hemangioma de llenado rápido en segmento VII y, pequeño quiste simple en la cola del páncreas. El 5 de septiembre de 2017, consulta por primera vez con medicina especializada por atención ambulatoria, con convenio por la Eps Famisanar. Finalmente, el 22 de septiembre de 2017, se expidió la última autorización de servicios para consulta medicina especializada emitida por la enjuiciada, y a partir de esa calenda no se verifica requerimiento de servicios o atención por parte del actor.

Bajo este horizonte, encuentra la Sala no acreditada la falta de atención prioritaria de la entidad promotora de salud para cubrir la necesidad del actor, como quiera que la demandada Famisanar Eps brindó una atención oportuna, pronta y eficaz para la satisfacción de las necesidades médicas del paciente. Obsérvese que la Eps accionada acreditó que puso a favor del demandante la totalidad de instrumentos médicos que tiene a su cargo, esto es, la atención inmediata de los especialistas, citas o atenciones que requería el accionante, por lo que la conducta desplegada por la entidad promotora de salud se enmarca en un actuar diligente y oportuno.

Se observa que fue el demandante quien decidió acudir de manera independiente a un especialista diferente al de la red de prestadores de la

Eps demandada, y asumir los costos de las citas médicas, tratamientos, e incluso, gastos quirúrgicos, pues no hay prueba de que el procedimiento que finalmente dio lugar a los gastos en que incurrió, hubiera sido ordenado por la convocada, a lo que cabe agregar que esta acreditó que en 2017 garantizó la continuidad en la atención médica que demandaba el actor, pues se avistan exámenes de escanografía abdominal y resonancia magnética, sin que el demandante haya seguido el tratamiento de su patología en la Eps..

Fuerza aclarar que la Fundación Santa Fe de Bogotá, donde fue atendido José Rozo, rindió informe en el que aclaró que el paciente ingresó de manera programada y como paciente particular; que la institución no hace parte de la red de prestadora de la Eps Famisanar, y que el actor optó por sumir el pago directo de los servicios prestados, por lo que no se notificó su ingreso a la Eps.

En consecuencia, no se demostró que la atención médica versara sobre una urgencia, que los servicios fueran autorizados por la Eps o que existiera negligencia comprobada por parte de la enjuiciada. Se confirmará la decisión de primera instancia.

Sin costas en este grado jurisdiccional.

VI. DECISIÓN

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

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, el 29 de abril de 2021.

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

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

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


LUCERO SANTAMARÍA GRIMALDO
Magistrada


HUGO ALEXANDER RÍOS GARAY
Magistrado


ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN
Magistrada
Aclaró voto