

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
DE BOGOTÁ D.C.
SALA LABORAL.**

MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN

PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR OMAR JOSÉ ARRIETA VALETA CONTRA EPS SALUD TOTAL Y COMO VINCULADA CLINICA FOSCAL (RAD 00 2023 01082 01).

En Bogotá D.C., a los diecinueve (19) días del mes de octubre de dos mil veintitrés (2023), estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano la siguiente,

S E N T E N C I A

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por la apoderada de la demandada EPS SALUD TOTAL, contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 13 de octubre del 2022 - S2022-001034 (Exp. Digital: *Archivo 06 expediente digital*) en la que se resolvió:

PRIMERO.	ACCEDER PARCIALMENTE a la pretensión formulada por el señor Omar José Arrieta Valeta en contra de Salud Total EPS, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.
SEGUNDO.	ORDENAR a Salud Total EPS, reconocer y pagar a favor del señor Omar José Arrieta Valeta la suma de tres millones quinientos ochenta y ocho mil doscientos sesenta y un pesos (\$3.588.261,00), en el término de cinco (5) días, contados a partir de la ejecutoria de esta providencia.
TERCERO.	SIN CONDENA EN COSTAS.
CUARTO.	TRASLADAR COPIAS de lo actuado a la Delegatura para Investigaciones Administrativas de la Superintendencia Nacional de Salud, para que adelante las investigaciones pertinentes, si a ello hubiere lugar, en contra de Salud Total EPS, conforme a las consideraciones antes anotadas.
QUINTO.	APELACIÓN. La presente sentencia puede ser objeto del recurso de apelación para que de ella conozca, en segunda instancia, el Tribunal Superior del Distrito Judicial, Sala Laboral, del domicilio del apelante. El recurso de apelación deberá interponerse ante este despacho, dentro del término de tres (3) días, contados a partir del día siguiente a la notificación de la sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6° de la Ley 1949 de 2019.

Inconforme con la decisión, la apoderada de EPS demandada, presentó recurso de apelación aduciendo (archivo 07), en síntesis:

“INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE PARA ACCEDER AL REEMBOLSO POR PARTE DE OMAR JOSÉ ARRIETA VALETA.

Es preciso mencionar que el despacho no tuvo en cuenta que la parte actora no cumple con el mínimo de los requisitos para poder acceder al reembolso pretendido, Salud Total ha venido garantizando la prestación de todos los servicios médicos de manera oportuna y eficiente tal como lo dispone la normatividad vigente.

Es necesario entonces traer a colación lo establecido en la normatividad vigente respecto a la procedencia de los reembolsos, específicamente en la Resolución 5261 de 1994 artículo 14 que consta de lo siguiente:

“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: ... en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto”*

Analizando lo anterior, se evidencian los fundamentos jurídicos que establecen el incumplimiento de los requisitos para que no prospere el reconocimiento del reembolso al usuario. En consecuencia, no es procedente que Salud total EPS-S S.A. le reembolse dinero a OMAR JOSÉ ARRIETA VALETA, debido a que la solicitud de reembolso no cumple con los requisitos exigidos por la legislación, tales como que haya sido una urgencia, pues queda demostrado de acuerdo a la validación que la demandante asumió los gastos de manera particular. Se valida en nuestro sistema IT Y SIGSC y NO se realiza el tramite respectivo ante la EPS, radicación de soportes y solicitud de autorización para procedimiento quirúrgico, por lo cual, no se evidencia servicio negado, y es voluntad del usuario hacer el procedimiento de forma particular, por tal razón NO ES PROCEDENTE REEMBOLSO solicitado.

INEXISTENCIA DE LA OBLIGACION DE SALUD TOTAL EPS-S S.A DE ASUMIR EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DEL REEMBOLSO SOLICITADO POR LA PARTE ACTORA.

Si nos detenemos a analizar el artículo pertinente de la Resolución 5261 de 1994 artículo 14 que señala:

“(…) 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” (Negrilla fuera de texto original).

Es claro que no está demostrada que se trató de una urgencia, pues el demandante asumió los gastos de manera particular. Motivo por el cual Salud Total EPS-S S.A. no está en obligación de asumir el reembolso pretendido por la parte actora. Toda vez que las disposiciones legales establecen los casos expresos que dan lugar a un reembolso, dentro de los cuales no se encuentra estipulado en el caso particular.

El protegido NO realiza el trámite respectivo ante la EPS, por lo cual no se evidencia servicio negado. Es pertinente indicar que SALUD TOTAL EPS, NO le ha negado ningún servicio médico, por el contrario, ha brindado continuamente los servicios requeridos por Usted, así como los derivados del tratamiento médico en el cual se encuentra actualmente, ya que estos han sido autorizados en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9 de la resolución 3512 de 2019:

“Artículo 9. Garantía de acceso a las tecnologías en salud. Las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a los servicios y tecnologías de salud para el cumplimiento de la necesidad y finalidad del mismo, a través de su red de prestadores de servicios en salud. De conformidad con la ley 1751 de 2015, en caso de atención de urgencias y según lo dispuesto en el artículo 23 de este acto administrativo, las EPS o las entidades que hagan sus veces, deberán garantizarla en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) habilitadas para tal fin en el territorio nacional”.

Como quiera que no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a resolver lo pertinente, previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar, la Sala Laboral de esta Corporación tiene competencia para dirimir el fondo del presente asunto, pues en virtud del artículo 116 constitucional, la Superintendencia Nacional de Salud fue investida de funciones jurisdiccionales por el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por la Ley 1949 de 2019 (artículo 6º) disponiéndose para estos efectos, el procedimiento establecido en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998, modificado por el artículo 52 de la Ley 510 de 1991.

En este orden de ideas, constituyó el anhelo del demandante OMAR JOSÉ ARRIETA VALETA: *“Que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ORDENÉ a SALUD TOTAL EPS el RECONOCIMIENTO ECONÓMICO y pago de la suma de 6,416,761 (seis millones cuatrocientos dieciséis mil setecientos sesenta y un pesos MLC), gastos en que incurrí por concepto de la atención médica, estudios y procedimientos, entre otros, que corresponden soportar a SALUD TOTAL EPS.”.* (página 4, archivo 01).

Como sustento fáctico de las pretensiones, el actor invocó los siguientes hechos (Páginas 2 a 4, ibidem):

- Que actualmente está afiliado al SGSS-S e inscrito a la EPS SALUD TOTAL bajo régimen subsidiado.
- En cita médica del 12 diciembre de 2019 a través de la EPS SALUD TOTAL, le ordenaron exámenes, los cuales se realizó.
- Posteriormente, el 4 de febrero de 2020 en cita para mostrar resultados, el médico tratante, adscrito a UNIÓN TEMPORAL UROMIL B.A. a través de SALUD TOTAL EPS le ordenó BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA, cuyos resultados serían entregados en marzo de 2020, no obstante, por estar en pleno auge el confinamiento y las medidas muy estrictas debido al COVID19, sumado al temor individual, no pudo acercarse al CENTRO DE PATOLOGÍAS DEL CESAR en Valledupar en busca de los resultados en aquella fecha, teniendo presente que vivía en el área rural de La Loma, corregimiento de El Paso César (distancia de 150 km).
- Los resultados finalmente pudieron conocerse en el mes de julio de 2020, los cuales concluyeron CÁNCER DE PROSTATA AVANZADO:

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

PRÓSTATA – BIOPSIAS

- ADENOCARCINOMA ACINAR PUNTUACIÓN DE 7 (4 + 3) EN LA CLASIFICACIÓN COMBINADA DE GLEASON, GRUPO 3 EN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE GLEASON, DE RIESGO INTERMEDIO SEGÚN LOS GRUPOS DE RIESGO DE NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK
- CILINDROS CON COMPROMISO TUMORAL: 12/12
- EXTENSIÓN DEL COMPROMISO TUMORAL EN LOS CILINDROS: ENTRE EL 30 Y 90 %
- CARCINOMA IN SITU: PRESENTE
- INFILTRACIÓN PERINEURAL: PRESENTE
- EXTENSIÓN EXTRAPROSTÁTICA: NO EVIDENTE

- La cita para dar a conocer los resultados de la BIOPSIA debía ser en seis (6) semanas a partir del 4 de febrero del 2020 como lo dice la orden médica, sin embargo, como no se tuvieron los resultados sino hasta julio de 2020, en ese momento muy desesperadamente acudió a SALUD TOTAL sede La Loma corregimiento de El Paso César, sin embargo, no estaban autorizando nada, ni atendiendo citas, únicamente estaban atendiendo urgencias por aquello de la emergencia sanitaria del covid19.

- Inexplicablemente dejaron de autorizar servicios en la Loma, siendo que no solo el COVID19 aqueja a los usuarios de la EPS.
- Debido a lo anterior, el 22 de octubre del 2020 acudió a cita particular con medicina interna en La Loma, y al revisar los resultados de patología, el internista advirtió de la urgencia del caso y le sugirió de forma urgente acudir a la CLINICA FOSCAL en Bucaramanga, donde el tratamiento aplicado a la patología fue la cirugía ORQUIECTOMIA BILATERAL sumado a los exámenes pre quirúrgicos.
- Los gastos en que incurrió al acudir a la ciudad de Bucaramanga a la CLINICA FOSCAL para dar tratamiento a la patología, fueron:

CONCEPTO	N° FACTURA	VALOR
CIRUGÍA ORQUIECTOMIA BILATERAL	9342429559	2.900.000
ECOGRAFÍA DE ABDOMEN TOTAL	RP45709	107.000
GAMAGRAFÍA OSEA	FE548	384.000
EXAMENES DE SANGRE VARIOS	0101089551	112.761
HONORARIOS CONSULTA ESPECIALISTA EN UROLOGÍA	FE104	85.000
HONORARIOS MEDICINA INTERNA	P12	85.000
HONORARIOS MEDICINA INTERNA	P15	85.000
HONORARIOS MEDICINA INTERNA	P21	85.000
POSADA (ESTADÍA Y ALIMENTACIÓN)POR 26 DIAS	0170	2.158.000
POSADA (ESTADÍA Y ALIMENTACIÓN)POR 5 DIAS	0171	415.000
	TOTAL	6,416,761

- Agregó, si bien no existe un documento que acredite que Salud Total negó el tratamiento, lo cierto es que el hecho de haber dejado de autorizar los servicios médicos en La Loma intempestivamente sin brindar una solución puso en riesgo su salud, lo que lo hizo actuar con urgencia.
- El 09 de noviembre de 2020 radicó ante SALUD TOTAL EPS solicitud de reembolso de los gastos en que incurrió, pero a la fecha no ha obtenido una respuesta.

Subsanada la demanda, se admitió mediante proveído del 14 de octubre de 2021 (Exp. Digital: archivo 04) y se corrió traslado a la demandada con el fin de que

contestara y allegara las pruebas que consideraran conducentes y pertinentes, igualmente se requirió al prestador de servicios CENTRO UROLOGICO FOSCAL, con el fin de que informara:

- ✓ Si el señor Omar José Arrieta Valeta, identificado con cédula ciudadanía No. 18755117, fue atendido como paciente particular, por el servicio de urgencias, por el servicio de consulta externa, o remitido por su entidad aseguradora.
- ✓ Si realizó el proceso de verificación de derechos del usuario, identificando la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demandara y el derecho a ser atendida.
- ✓ Si hace parte de la red de prestadores de SALUD TOTAL EPS, de ser así desde qué fecha.
- ✓ Si el señor Omar José Arrieta Valeta, o alguno de sus familiares, informó su afiliación a SALUD TOTAL EPS.
- ✓ Si informó a SALUD TOTAL EPS, el ingreso del señor Omar José Arrieta Valeta.
- ✓ En caso de urgencia, si realizó el proceso de referencia y contra referencia del paciente.
- ✓ Copia de la factura y/o certifique el pago con ocasión a los servicios de salud prestados y requeridos por el usuario.
- ✓ Copia de la historia clínica del señor Omar José Arrieta Valeta, identificado con cédula ciudadanía No. 18755117.

Surtido el trámite procesal correspondiente, la demandada EPS SALUD TOTAL no contestó.

Por su parte, la IPS vinculada allegó el informe, aportando la historia clínica y manifestando (*Exp. Digital: Archivo 05*):

La Institución Centro Urológico Foscal SAS, se permite responder al requerimiento respecto al señor **OMAR JOSE ARRIETA VALETA**, identificado con cédula de ciudadanía No 18.755.117. El paciente fue valorado por el Dr. Alfredo Ortiz Azuero, Urólogo, Adscrito a nuestra Entidad el día 16 de octubre de 2020 como consta en la Historia Clínica Anexa a este documento. Por otra parte, siempre se les recuerda a los pacientes que por su EPS pueden realizar todos los tramites para la realización de los diferentes procedimientos requeridos por ellos. Respecto a relación contractual con SALUD TOTAL EPS, tenemos la prestación de servicios de salud bajo la modalidad de Pago por Evento suscrito desde el 01 de Julio de dos mil tres (2003) hasta el veintidós (22) de diciembre del año en curso.

Adjunto a este documento lo siguiente:

- Historia Clínica
- Factura del Pago del Procedimiento Quirúrgico
- Descripción Quirúrgica.

Agradecemos la atención prestada a la presente y quedamos atentos a cualquier otro requerimiento por parte de ustedes.

Mediante Sentencia S2020-001034 del 13 de octubre de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud, accedió parcialmente a la pretensión incoada por el demandante, ordenando a la EPS SALUD TOTAL, reconocer y pagar la suma de (\$3.588.261), por concepto de los gastos en que incurrió por la atención de urgencias recibida por el actor. **Lo anterior tras considerar** que el señor ÓMAR JOSÉ ARRIETA VALETA es una persona de especial protección constitucional, ya que el médico urólogo que lo trató informó que presentaba diagnóstico cáncer de próstata avanzado, por lo que requería la realización del procedimiento quirúrgico para tratar de forma prioritaria su diagnóstico de cáncer de próstata, precisando que pese a que el demandante solicitó el procedimiento quirúrgico a su entidad aseguradora de salud, no obtuvo respuesta razón por la cual debió realizarse el procedimiento en la Clínica Foscal en el Municipio de Floridablanca Santander donde le fue practicado el ORQUIECTOMIA BILATERAL, asumiendo los gastos de manera particular, por lo que afirmó la EPS enjuiciada no garantizó accesibilidad, oportunidad, continuidad ni integralidad en la atención medica que requería el demandante, máxime tratándose de demora en la autorización de cita con especialista en urología que iteró se asumieron de manera particular ya que entre más demorara el tratamiento la patología cancerosa seguía su curso natural comprometiéndose así la supervivencia del paciente.

En este orden, en virtud del principio de consonancia, procede la Sala a resolver el objeto de apelación, en los puntos concretos objeto de censura, pues recuérdese que es el apelante quien delimita el ámbito sobre el cual ha de recaer la decisión de segunda instancia (*tantum devolutum quantum appellatum*).

Así las cosas, en primer lugar, es del caso señalar, no fue motivo de controversia en el trámite del proceso, ni lo es ahora, que el señor ÓMAR JOSÉ ARRIETA VALETA, identificado con cédula de ciudadanía No. 18.755.117, para la época de los hechos estaba afiliado a la EPS SALUD TOTAL, situación determinada por la juez de primer grado y no discutida en esta instancia.

Igualmente, quedó establecido en primera instancia que el señor ÓMAR JOSÉ ARRIETA VALETA asumió directamente el pago del procedimiento médico en cuantía total de **(\$3.588.261)**, aspecto que por demás se corrobora con las facturas aportadas al plenario, decisión que, valga resaltar, no fue objeto de reparo por el actor. Puntalmente, el promotor de esta reclamación solicitó el desembolso

de \$6.416.761 que comprendían la cirugía, ecografía, gamagrafía, exámenes de sangre y otros, honorarios especialistas y medicina interna, alojamiento y alimentación, empero, la a quo solo tuvo por acreditados los siguientes conceptos al aportarse las facturas de los servicios, excluyendo los restantes pues no se allegó prueba del gasto incurrido, consistente en alojamiento y alimentación:

FACTURA	FECHA	PRESTADOR	CONCEPTO	VALOR
FE104	6/10/2020	ED CENTRO MEDICO CARLOS ARDILA LÚLLE	CONSULTA ESPECIALIZADA POR UROLOGÍA	\$85.000
OS 0101089551	7/10/2020	HIGUERO ESCALANTE	EXAMENES DE LABORATORIO	\$112.261
FE548	9/10/2020	SPECT MEDICINA NUCLEAR S.A.S.	GAMMAGRAFÍA	\$384.000
RP45709	7/10/2020	RADIOLOGOS ESPECIALIZADOS DE BUCARAMANGA S.A.	ECOGRAFÍA	\$107.000
FE202	17/11/2020	CENTRO UROLÓGICO FOSCAL	ORQUIECTOMÍA CON EPIDIDIMECTOMIA	\$2.900.000
TOTAL				\$3.588.261

En este orden, esta Sala verificará si proceden los anteriores rubros únicamente.

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, la cual 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 y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto»¹ (Negrilla y subrayas de la Sala).*

Precisado lo anterior, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas por la falladora de primer grado para soportar su decisión, es menester traer a colación, el criterio sentado por la Corte Constitucional en cuanto al acceso a los servicios de salud los cuales deben ser oportunos, eficientes y de calidad, como así se consignó en aparte pertinente de la Sentencia T-163 de 2013, que a continuación se cita:

«Las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que requieran. Por esta razón, ha dicho que una entidad viola el derecho a la salud en cualquiera de los regímenes previstos en la Ley 100 de 1993, si se constata que ha negado la autorización de un servicio incluido en el plan obligatorio, o un servicio excluido de él. En este último caso, ello se justifica en las ocasiones en que el servicio ha sido ordenado por el médico tratante, su realización implica la vida y la integridad de quien lo requiere, y no puede ser sustituido por otro que haga parte del plan obligatorio. La prestación del servicio de salud debe ser oportuna, eficiente y de calidad.

Estos componentes del derecho a la salud se desconocen principalmente cuando el servicio ha sido autorizado por la entidad prestadora de salud, pero la persona no tiene acceso material a él, en el momento y las condiciones necesarias para que contribuyan efectivamente a la recuperación o control de la enfermedad. La Corte ha dicho que el servicio debe prestarse en un tiempo y modo conveniente. De lo contrario se amenaza gravemente la salud de la persona que deberá someterse, por ejemplo, a un intenso dolor o al deterioro de su patología» (Negrilla de la Sala).

En el mismo sentido se pronunció en sentencia T-195 de 2010:

¹ <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/>

«4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud que se requieran, con calidad, eficacia y oportunidad

Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios que requieran, es decir, aquellos indispensables para conservar la salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o la dignidad. En ese sentido, las empresas prestadoras de salud (del régimen contributivo y subsidiado), están en el deber de garantizar dicha prerrogativa sin importar si los servicios requeridos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido.

Por consiguiente, “si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.”

Ahora bien, este derecho que tienen los usuarios del sistema de seguridad social en salud, implica que el acceso al servicio se realice de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Así, en los eventos en los que un servicio médico que se requiera - incluido en el POS – haya sido reconocido por la entidad en cuestión, pero su prestación no se garantizó oportunamente, generando efectos tales en la salud, como someter a una persona a intenso dolor, se presenta una violación del derecho a la salud y el mismo debe ser objeto de tutela por parte del juez constitucional. En ese sentido, cuando “el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente a una persona, puede conllevar además de un irrespeto a la salud por cuanto se le impide acceder en el momento que correspondía a un servicio de salud para poder recuperarse, una amenaza grave a la salud por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente.”

De forma similar, esta Corporación ha enfatizado en que los servicios de salud que se presten a los usuarios deben ser de calidad.

(...)

El principio de integralidad, desarrollado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, ha sido asociado con la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante. Al respecto ha dicho esta Corporación que “(...) la atención y el 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”(Negrilla de la Sala

(...)

La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas» (Subrayado de la Sala).

Así pues, advierte la Corporación, según las pruebas aportadas con la demanda (archivo 03, páginas 8 a 37), al accionante le fue diagnosticado el día 04 de febrero de 2020 por la Unión Temporal UROMIL B.A. tumor maligno de la próstata (C61X), según biopsia prostática realizada, misma IPS que recomendó una cita a las 6 semanas siguientes, según especialista en Urología:

UROMIL S.A.
UROLOGÍA DE AVANZADA
NIT 900.030.445-7

Fecha: 4 2 20

Nombre: OMAR ARRIETA
Entidad: STOTAL

CITA CON UROLOGÍA EN:
6 SEM

IVAN E. ARENAS S.M.D.
ESPECIALISTA EN UROLOGÍA
R.M. 13492-91 ICFES. 0034
C.C. 72.128

CALLE 12 N° 8-42 - CELS: 316 8746158 - 315 8746005
PBX: (5) 5793330 OFICINAS: 307 - 308 - 309
CENTRO DE NEGOCIOS ORDE PLAZA - VALLEDUPAR - CESAR
E-mail: gerencia@uromilsa.com.co - coordasistencial@uromilsa.com.co

Luego, el 09 de marzo de 2020 la IPS CENTRAL DE PATOLOGIA DEL CÉSAR LTDA toma muestra para confirmar el diagnóstico inicial, según constancia de médico patólogo:

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

PRÓSTATA – BIOPSIAS

- ADENOCARCINOMA ACINAR PUNTUACIÓN DE 7 (4 + 3) EN LA CLASIFICACIÓN COMBINADA DE GLEASON, GRUPO 3 EN LA NUEVA CLASIFICACIÓN DE GLEASON, DE RIESGO INTERMEDIO SEGÚN LOS GRUPOS DE RIESGO DE NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK
- CILINDROS CON COMPROMISO TUMORAL: 12/12
- EXTENSIÓN DEL COMPROMISO TUMORAL EN LOS CILINDROS: ENTRE EL 30 Y 90 %
- CARCINOMA IN SITU: PRESENTE
- INFILTRACIÓN PERINEURAL: PRESENTE
- EXTENSIÓN EXTRAPROSTÁTICA: NO EVIDENTE

COMENTARIO DIAGNÓSTICO: Se solicita inmunomarcación con alfa metilacil coenzima a racimase, P63 y CK de alto peso molecular, para confirmar diagnóstico; favor autorizar.

El 22 de octubre de 2020 el actor se acercó a la Loma César el especialista de medicina interna le informa la urgencia de practicar la cirugía de próstata, razón por la cual el demandante acudió el día 9 de noviembre de 2020 a la Clínica FOSCAL para el respectivo procedimiento:

ANESTESIA SUBARACNOIDEA: PACIENTE EN POSICION SENTADA SE IDENTIFICAN LOS REPAROS ANATOMICOS. SE HACE ASEPCIA DE REGION LUMBAR. EN EL ESPACIO L L SE INFILTRA LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO CON LIDOCAINA AL 1 %SE PUNCIONA EL ESPACIO CON AGUJA NUMERO 27 PASANDO PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO, LIG SUPRAESPINIOSO, LIG INTERESPINOSO , LIG AMARILLO, Y DURAMADRE. SE COMPRUEBA LA ENTRADA AL ESPACIO SUBARACNOIDEO POR LA SALIDA DE LCR CRISTALINO. SE ADMINISTRAN 20 MGRS DE BUPINEST PESADO. NO COMPLICACIONES. ANESTESIA INCOMPLETA POR LO CUAL SE PASA A A GENERAL

En este orden de ideas se tiene que en efecto el actor fue diagnosticado el 04 de febrero de 2020 con el tumor de próstata, tomándose una nueva muestra el 9 de marzo de 2020 y al confirmarse el tumor, el especialista en medicina interna el 22 de octubre de 2022 le informó que debía practicarse un procedimiento de manera urgente dado el cáncer avanzado, mismo que fue realizado el 09 de noviembre de 2020, conforme se constata con el recuento anterior, trámite que evidencia esta Sala tuvo que ser de manera eficaz y rápida dado el estado de salud del demandante, el cual ameritaba una intervención oportuna.

Sea importante exponer, la Resolución No. 521 de 2020, "*Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19*", indicó en el párrafo 10º, que: "para la contención de la epidemia ocasionada por el coronavirus COVID — 19 debe garantizarse el goce efectivo del derecho a la salud a toda la población residente en la República de Colombia, lo cual incluye la atención integral, oportuna y de calidad de las necesidades que surjan o existan en servicios ambulatorios, hoy con limitado acceso por cuenta del aislamiento preventivo ordenado, así como la continuidad de los tratamientos requeridos para el adecuado control de las patologías crónicas de base, y demás acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, **lo cual obliga a los actores del sistema a adaptar los mecanismos de provisión de estos servicios a las condiciones particulares creadas por la epidemia.**" (negrilla y subrayado de la Sala).

Asimismo, revisado el contenido anexo de la citada resolución se puede catalogar al actor en el grupo 3, artículo 4.3.1., literal e), por lo que era titular de prestación de servicios domiciliarios, así:

4.3.1. Población objeto

Personas con patología de base **no controlada o riesgo medio o alto y gestantes:**

- a. Hipertensión o diabetes mellitus no controlada o de difícil control o riesgo medio o alto de complicación
- b. Enfermedad Respiratoria Crónica de las Vías Inferiores (EPOC o asma) no controlada
- c. Enfermedad Renal Crónica estadios 4 y 5 en manejo médico
- d. Insuficiencia cardíaca
- e. Cáncer en seguimiento con evidencia de actividad de la enfermedad, sin tratamiento activo o sin cumplimiento de metas terapéuticas**
- f. VIH u otras inmunodeficiencias sin cumplimiento de metas terapéuticas
- g. Artritis reumatoidea u otras enfermedades autoinmunes con evidencia de actividad
- h. Personas con tuberculosis o hepatitis C bajo tratamiento directamente observado con antecedentes de tratamiento irregular
- i. Otras condiciones crónicas sin cumplimiento de metas terapéuticas
- j. Gestantes

4.3.2. Medios de atención

- a. Domiciliaria por EMS grupo nuclear (enfermería o medicina general, si se requiere atención domiciliaria), y de acuerdo a necesidad identificada, del grupo transversal (Medicina Familiar u otro médico especialista, de acuerdo a disponibilidad).
- b. Telesalud
- c. Despacho de medicamentos a domicilio

4.3.3. Requerimientos para la atención domiciliaria

- a. Medicamentos de uso crónico y suplementos vitamínicos para gestantes
- b. Laboratorio clínico domiciliario (toma de muestras o pruebas en el sitio con el uso de pruebas rápidas, tiras reactivas o equipos de *Point of Care Test-POCT*)
- c. Pruebas COVID-19 según definición de caso
- d. Equipos biomédicos: Como mínimo: tensiómetro, termómetro, equipo de órganos de los sentidos, martillo de reflejos, pulso oxímetro y glucómetro. Además, contar con reloj y cinta métrica.
- e. Oxígeno domiciliario en pacientes con uso crónico del mismo.

Adviértase, si bien el señor Omar José Arrieta a la fecha de expedición de la resolución ibidem (28 de marzo de 2020), contaba con 64 años de edad al nacer el 05 de noviembre de 1956 (página 07, archivo 03), lo cierto es que esta resolución lo acobijaba dado que padecía de una **condición crónica de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento**, perteneciendo entonces a una población de especial atención al hacer parte del grupo 3, artículo 4.3.1., literal e) (cáncer de próstata) y , por ende, se debió garantizar y poner a disposición todos los medios de atención, por lo menos, garantizarse la cita con el Urólogo, pues se resalta, el 04 de febrero de 2020 la Unión Temporal UROMIL B.A. determinó un tumor maligno de próstata (C61X), según biopsia prostática

realizada, misma IPS que recomendó una cita a las 6 semanas siguientes y la misma no fue agendada, pudiendo en este punto la EPS acudir y rendir un informe al respecto para controvertir el dicho del actor y ello no sucedió pues decidió no contestar. No obstante, si recurrió la sentencia proferida por la *a quo*.

Razones por las cuales, es claro entonces que la EPS SALUD TOTAL no actuó con la suficiente diligencia al no brindar efectivamente el acceso del paciente a los procedimientos requeridos para el tratamiento de su patología, iniciando con dar la autorización oportuna para la cita con el especialista –urólogo-, pese a que se trataba de una asistencia médica que comprometía la vida del actor, pues como ya se vio ya había sido diagnosticado con un tumor maligno de próstata el cual estaba avanzado, siendo entonces la responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud suministrados a su afiliado, en virtud del principio de integralidad desarrollado y definido por la Corte Constitucional. Nótese, no se garantizó la efectividad del derecho a la salud, en tanto y en cuanto, este sólo se materializa con el **acceso oportuno a la atención requerida, más aún, cuando se trataba de un paciente con antecedentes de enfermedades catastróficas.**

Téngase en cuenta además que incluso el usuario comunicó a la EPS los gastos en los que había incurrido en dicha data y la EPS nada dijo al respecto.

Es claro entonces, el afiliado debió asumir gastos del tratamiento ordenado por el profesional de la salud, como consecuencia del actuar descuidado y negligente de la EPS SALUD TOTAL, quien se itera, no agendó una cita con el especialista en Urología, requiriendo el demandante una intervención pronta dada su condición, por lo que estos yerros no se le pueden cargar a los afiliados en beneficio de quien omitió sus deberes como aseguradora, entre los cuales se encuentra prestar un servicio de salud oportuno, eficiente, eficaz y de calidad; debiendo responder por toda falla o falta que se genere en la prestación del mismo.

En esa dirección, debe señalarse a juicio de esta Sala, resulta más que comprensible que ante los padecimientos de salud del accionante, cuya afectación resultó notoria, el afiliado decidiera acudir a un médico especialista en el tema como usuario particular, en aras de restablecer su estado de su salud, aun encontrándonos en época de Covid, y en ese orden, dado que tal circunstancia

derivó de la falta de oportunidad y eficiencia en el servicio prestado por la demandada, no es de recibo, que pretenda ahora, evadir las consecuencias de su omisión, mucho más cuando decidió no contestar la demanda en este asunto, pues para esta Sala la decisión del señor OMAR JOSÉ ARRIETA VALETA de acudir a un médico no adscrito a la IPS contratada por la EPS SALUD TOTAL, resulta más que justificada, en consideración al concepto dado por profesionales de la salud el 04 de febrero y 22 de octubre de 2020, ello de conformidad con lo expuesto en sentencia T-361 de 2014:

«El derecho al diagnóstico como aspecto integrante del derecho a la salud, es indispensable para llegar a una recuperación definitiva de una enfermedad o a mejorar la calidad de vida del paciente. De manera que la negación del mismo, impide que se realice el tratamiento adecuado y preciso que requiere el afectado. Pero, no solo la negativa del derecho al diagnóstico vulnera los derechos constitucionales, sino cuando no se práctica a tiempo o se realiza de forma negligente, complicando en algunos casos el estado de salud del paciente hasta el punto de llegar a ser irreversible su cura, eventos en los cuales, puede llegar a afectar gravemente la salud y la dignidad humana del paciente al someterlo de manera interminable a las afecciones propias de su mal estado de salud».

En consideración al criterio jurisprudencial, se encuentra la **urgencia justificada**, pues es necesaria la realización de todos los procedimientos médicos encaminados al efectivo diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, pues de no hacerse de manera oportuna y efectiva, podía derivar en afectaciones graves al estado de salud del usuario, incluso estaba en riesgo su propia vida.

Corolario de todo lo anterior, resulta acertada la decisión de primer grado, en cuanto dispuso el reembolso de las sumas sufragadas por la parte actora, por corresponder a los gastos médicos en que incurrió a efectos de recibir la atención médica necesaria para preservar su vida de una forma eficaz y oportuna, obligación que se encontraba en cabeza de SALUD TOTAL EPS adonde se encontraba afiliado el actor en dicha época, razón por la cual, no hay lugar a acoger de manera favorable los argumentos expuestos por la apoderada recurrente, pues se insiste se acreditó la necesidad de acudir a urgencia y practicarse la cirugía, pues estaba en riesgo la vida del demandante al tratarse de un cáncer avanzado.

Agotada la competencia de esta Sala por el estudio de los motivos de apelación, habiéndose arribado a las mismas conclusiones expuestas por la falladora de primer grado, lo que se sigue es la confirmación de la sentencia apelada.

COSTAS en esta instancia a cargo de la parte demandada EPS SALUD TOTAL.

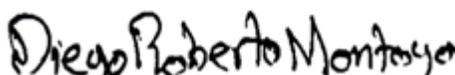
En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.**, Sala Laboral, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

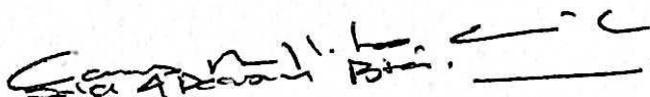
RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia apelada, conforme a la parte motiva.

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia a cargo de la demandada EPS SALUD TOTAL.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,


DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN


CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR


GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

AGENCIAS EN DERECHO: Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de \$250.000, la cual deberá ser incluida en la liquidación de costas, al tenor de lo consagrado en el artículo 366 del C.G.P.


DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN