



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

HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA
Magistrado Ponente

REFERENCIA: PROCESO **SUMARIO**
RADICACIÓN: 11001 22 05 00 **2020 00641 01**
DEMANDANTE: JOSE URIEL TORRES ARCILA
DEMANDADO: CAFESALUD EPS S.A.

Bogotá, D.C., veintiséis (26) de octubre de dos mil veinte (2020).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede la Sala de Decisión a resolver el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada contra la sentencia del 28 de octubre de 2019 proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud.

I. ANTECEDENTES

El señor José Uriel Torres presentó solicitud ante la Superintendencia Nacional de Salud delegada para la función jurisdiccional, con la finalidad que sea condenada Cafesalud E.P.S. al pago de la suma de \$1.221.500, por concepto de gastos en que la accionada lo hizo incurrir por atención de urgencias (realización de exámenes) (f.º 2).

Aduce que el 8 de febrero de 2017 el Dr. Lázaro D. Cortina (hematólogo) le ordenó 3 estudios de laboratorio denominados estudio de coloración básica en biopsia; clasificación inmunológica de leucemia y cariotipo para estados leucémicos en sangre periférica. Señaló que, para su realización la EPS accionada lo remitió al Centro de Diagnóstico de Citopatología Ltda., en la ciudad de Cali, quien le informó que no tenía convenio con su EPS. Que ante la urgencia de los estudios, se vio obligado a realizar un préstamo para costear de manera particular dichos exámenes, lo cuales fueron realizados en la Fundación Valle del Lili y

ascienden a la suma de \$1.840.300, monto sobre el cual la accionada ya reembolsó la suma de \$618.800 (f.º 1 a 2).

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La demandada **Cafesalud EPS**, se opuso a la pretensión impetrada, al señalar que no se cumplían los requisitos del artículo 14 de la Resolución 5261 del 5 de agosto de 1994, pues solo fue radicada la solicitud de reembolso de la factura n.º 100265379 por la suma de \$618.800, por concepto del procedimiento cariotipo para estados leucémicos en sangre periférica, la cual autorizó.

Frente al reembolso de \$1.221.500 solicitado y que corresponde a los otros exámenes, indicó que es extemporánea, al haber transcurrido más de 15 días entre la prestación del servicio (13/03/2017) y la notificación de la demanda (19/10/2017). Dijo que el actor no acudió a un prestador de su EPS, por lo que se trataba de una atención ambulatoria y no una urgencia vital.

Precisó, que la entidad contaba con una red de prestadores que garantizaba el suministro y la prestación de los diferentes servicios requeridos para el tratamiento de la patología del accionante, por tanto, debió hacer uso de ello, pero como así no lo hizo, debe asumir su costo.

III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El 28 de octubre de 2019, la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Supersalud, ordenó a Cafesalud E.P.S. reconocer y pagar al señor José Uriel Torres, la suma de \$1.221.100, por concepto de los gastos en que incurrió por concepto de servicios médicos (f.º 28 a 36).

Como fundamento de su decisión, señaló que conforme el concepto rendido por la profesional de la Salud adscrita a la Superintendencia Delegada, los exámenes constituían una urgencia oncológica. Además, que la EPS convocada no garantizó en su totalidad la accesibilidad, continuidad, oportunidad y la integralidad de la atención médica requerida por el accionante, lo que subsecuentemente podía afectar su estado de salud de manera considerable y que, por tanto, el demandante se vio obligado a acceder a los servicios requeridos de manera particular.

IV. RECURSO DE APELACIÓN

La parte demandada apeló la decisión, para ello, señaló que expidió las autorizaciones para los diversos exámenes y para la época de los hechos tenía suscrito el contrato DNC-CF-0068-2016 bajo la modalidad de evento firmado el 15 de febrero de 2016, el cual fue terminado solo hasta el 1° de agosto de 2017, por tanto, la negligencia en la prestación de los servicios no fue de la EPS sino de la IPS, por lo que la responsabilidad debe ser endilgada a esta última.

Indica que no se está probado que el accionante se haya acercado a la EPS a informar que la IPS se había negado a la prestación de los servicios, sino que el usuario por voluntad propia accedió a los exámenes de manera particular. Reprochó el hecho de no haber contado con la oportunidad para ejercer la contradicción del concepto técnico rendido dentro del trámite, lo cual violó su derecho al debido proceso al conocer su contenido solo con el fallo. Finalmente, insistió en que el concepto técnico solo podía ser aportado por las partes y no por el juez.

El estudio del plenario determina que se encuentran reunidos a plenitud los presupuestos procesales, y tampoco se advierte causal de nulidad que invalide lo actuado. Así las cosas, pasa la Sala pronunciarse sobre los temas planteados, previas las siguientes:

V. CONSIDERACIONES

Conviene señalar que esta Sala es competente para dilucidar la controversia puesta de presente de conformidad con el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, adicionado por el 126 de la Ley 1438 de 2011, vigentes para el momento en que se interpuso la demanda y acontecieron los hechos puestos de presente. Igualmente, con arreglo al artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, el competente para resolver el recurso será el Tribunal Superior del Distrito Judicial - Sala Laboral - del domicilio del apelante.

Claro lo anterior, corresponde a la Sala dilucidar si la accionada debe o no asumir los gastos médicos en que incurrió el actor por los servicios

médicos (exámenes de laboratorio) prestados en la Fundación Valle del Lili.

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

Igualmente, se verifica en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, algunas reglas específicas en materia de reconocimiento de reembolsos a los afiliados que han tenido que asumir costos en los siguientes eventos: **i)** tratándose de atención inicial de urgencias cuando el afiliado sea atendido en una IPS que no tenga contrato con la EPS a la cual esté inscrito. **ii)** cuando haya sido autorizada en forma expresa por parte de la respectiva entidad promotora de salud, la prestación de atenciones específicas. **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.

Frente a la definición de atención de urgencia, tenemos que de acuerdo con el artículo 8 de la Resolución 5521 de 2013, debe entenderse como la *“(...)Modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad..”*

En ese mismo sentido, la atención de urgencias de acuerdo con lo establecido en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. El costo de dichos servicios, conforme la norma en cita, debe ser asumido por la Entidad Promotora de

Salud a la cual esté afiliado el usuario, salvo en las de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales o en otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ya que en estos supuestos el llamado a sufragar dichos costos es el Fondo de Solidaridad y Garantía.

De otro lado, con respecto a la prestación de los servicios que se deben garantizar en términos generales, la Corte Constitucional ha referido que:

*“(...) La prestación del servicio en salud es **oportuna** cuando el paciente recibe la atención en el momento adecuado, a fin de que recupere su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. De forma similar, el servicio en salud es **eficiente** cuando los trámites administrativos a los que está sujeto son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no son una excusa para dilatar la protección del derecho a la salud¹. Así mismo, **el servicio público de salud se reputa de calidad** cuando las prestaciones en salud requeridas por el afiliado o beneficiario contribuyen, en la medida de las posibilidades, a mejorar la condición del enfermo².*

La jurisprudencia constitucional ha señalado que el principio de integralidad impone su prestación continua, la cual debe ser comprensiva de todos los servicios requeridos para recuperar la salud. La determinación y previsión de los servicios requeridos para la plena eficacia del derecho a la salud, como reiteradamente se ha señalado, no corresponde al usuario, sino al médico tratante adscrito a la E.P.S, de la siguiente manera:

*“La atención y tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, **deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente** o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud³ (...)”.*

Al descender al presente asunto, se advierte que la Superintendencia Nacional de Salud ordenó el reembolso de los gastos cancelados de manera particular por los servicios de laboratorio, al considerar que se configuran los supuestos fácticos dispuestos en la resolución previamente citada, toda

¹ Sentencia T-760 de 2008.

² Sentencia T 922 de 2009.

³ Sentencia T-919 de 2009.

vez, que la encartada incumplió con su deber de aseguramiento al no garantizar la prestación del servicio de salud al afiliado para que le fueran realizados los exámenes ordenados por el médico hematólogo.

Decisión que fue reprochada por la accionada, bajo el argumento que no se cumplen los requisitos previstos en el artículo 14 de la Resolución n.º 5261 de 1994, por cuanto al demandante se le prestaron los servicios de salud requeridos, además, que para la época de los hechos estaba vigente el contrato suscrito con el prestador al cual se autorizó el servicio.

Para resolver, se observa que al demandante el 8 de febrero de 2017 le fueron ordenados los servicios de laboratorio denominados “*estudio de coloración básica en biopsia*” (f.º 7), “*clasificación inmunológica de leucemia*” (f.º 8), “*cariotipo para estados leucémicos en sangre*” (f.º 9), los cuales fueron autorizados por la EPS encartada, quien emitió orden de atención en la IPS Centro de Diagnóstico en Citopatología S.A.S., pues así fue confesado por el accionante en la demanda. Sin embargo, sostiene que, pese a la autorización el prestador al que fue remitido le negó el servicio porque no tenían convenio con la EPS Cafesalud.

De igual modo, advierte la Sala que el señor José Uriel Torres asiste el 13 de marzo de 2017 como paciente particular a la Fundación Valle de Lili, en la que le realizaron los procedimientos “*estudio de coloración histoquímica en biopsia*”, “*cariotipo para estados leucémicos*”. “*estudio de citometría de flujo en espécimen con múltiple muestreo*” y “*estudio de coloración básica en biopsia*” (f.º 10 a 17), en los que se fundamenta la condena de reembolso de gastos médicos dispuesto en la primera instancia.

Ahora bien, argumenta la encartada que para la época de los hechos, el contrato suscrito con el prestador de servicios Centro de Diagnóstico en Citopatología S.A.S. se encontraba vigente y solo finalizó hasta agosto de 2017; sin embargo, aquí conviene resaltar que tal afirmación no se encuentra soportada en el plenario, pues no se allega documento o cualquier otro medio prueba que permita tener certeza que para febrero y marzo de 2017, cuando se ordenaron los servicios por parte de Cafesalud EPS y se prestaron los mismos por parte de la Fundación Valle de Lili, el referido convenio se encontraba activo. Carga que le incumbe a la EPS por

tener en su poder el objeto de prueba y por ser quien asevera la vigencia de un contrato en el cual pretende excusar su responsabilidad (Artículo 168 Código de General del Proceso)

Igualmente, no es de recibo el argumento de apelación según el cual la negligencia en la prestación de los servicios no fue de la EPS sino de la IPS, quien es la responsable, pues la obligación de Empresa Promotora va más allá de contratar servicios con prestadores externos, se reitera que esta se erige en garantizar a sus afiliados la prestación oportuna, eficiente y de calidad de los servicios, ya sea directamente o a través de un tercero como en este caso, en desarrollo del mandato legal del artículo 177 de la Ley 100 de 1993.

En ese horizonte, conforme se encuentra establecido nuestro sistema de salud, se verifica una incapacidad y negligencia de la EPS en el cubrimiento del requerimiento de la necesidad del actor, por lo que se materializan los supuestos regulados en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 para el reembolso.

De otro lado, en cuanto al reproche de la accionada referente a que no tuvo la oportunidad de ejercer la contradicción del concepto médico rendido dentro del trámite en la Supersalud, el cual considera no le era dable a la entidad solicitarlo, se considera que en este caso no varía en nada la decisión de esta Corporación porque aquella entidad no solamente cimentó su decisión en el concepto rendido por el médico, sino que también advirtió la negligencia e incapacidad de Cafesalud EPS en la programación de los servicios requeridos por el actor, lo cual constituye en últimas la razón principal por la cual se confirma la decisión.

En consecuencia, se estima que no resulta caprichoso el accionar del demandante al acudir de forma particular ante una IPS para la prestación de los servicios de laboratorio y asumir los gastos que este trámite implicaba, pues es palmaria la negligencia con la que actuó Cafesalud EPS al no garantizarle la prestación oportuna de los servicios así fuera a través de un tercero, conclusión que disipa cualquier argumento referente a que carece de derecho el actor para que se le reintegre el dinero que acá reclama.

Corolario de lo anterior, se confirmará la decisión de primera instancia, sin que haya lugar a analizar más aspectos, en la medida que no fueron materia de controversia de apelación por la accionada.

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, el 28 de octubre de 2019.

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.



HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA
Magistrado

(En uso de permiso)
DAVID A. J. CORREA STEER
Magistrado

(Aprobado virtualmente)
ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN
Magistrada