



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO DIENUEVE LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN

Medellín, diecisiete (17) de junio dos mil veintidós (2022)

Proceso	Proceso ordinario laboral de única instancia
Demandante	Adelfa Andrade Mosquera
Demandado	Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social S.A.
Radicado	05001 41 05 005 2018 01217 01
Instancia	Segunda (Consulta)
Providencia	Sentencia
Temas y subtemas	Reembolso Gastos Médicos
Decisión	Confirma sentencia

ANTECEDENTES

La demandante Adelfa Andrade Mosquera presentó demanda ordinaria laboral de única instancia en contra de la Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social S.A., reclamando que se condenare a la accionada a cancelar el reembolso del valor de los servicios en salud que sufrago por la cirugía Mastectomía Radical Modificada Izquierda mas Linfavenoctomia y el reembolso por los gastos en salud por las sesiones de Radioterapia.

La demanda correspondió por reparto al Juzgado Quinto Municipal de Pequeñas Causas Laborales, quien el 2 de septiembre de 2019 profirió auto admisorio y fijo fecha para audiencia.

Llegado el día de la diligencia, se admitió la contestación a la demanda, luego de lo cual se llevaron a cabo las etapas: obligatoria de conciliación, decisión de excepciones previas, saneamiento, fijación del litigio, decreto de pruebas, trámite y juzgamiento.

En la citada audiencia, se decidió absolver a la demandada de todas las pretensiones invocadas por la demandante, a quienes condenó en costas, para luego ordenar que se surtiera el grado jurisdiccional de consulta.

TRAMITE EN SEGUNDA INSTANCIA

Por reparto correspondió el presente asunto a este despacho judicial, quien por auto del 12 de julio de 2021 avocó conocimiento y corrió traslado por el término de cinco (5) días a las partes para que presentaren alegatos de conclusión, conforme lo establecido por el artículo 15 del Decreto 806 de 2020.

Dentro del término antes aludido, ninguna de las partes presentó escrito de alegatos de conclusión.

Al llegar a este punto, en el que se encuentra clausurado el debate probatorio en las presentes diligencias, se torna necesario resolver de fondo en esta instancia, pues no se observa causal de nulidad que pueda llegar a invalidar lo actuado, y se encuentran establecidos los presupuestos de la acción, como son, demanda en forma, capacidad para ser parte y comparecer en el proceso, así como competencia para conocer de la litis.

En este orden de ideas, procede el Despacho a decidir, teniendo en cuenta las siguientes,

CONSIDERACIONES

Empieza por destacar esta judicatura, que cuenta con competencia para conocer del presente asunto, en virtud del grado jurisdiccional de consulta previsto por el artículo 69 de C.P. del T. y de la S.S., a pesar de tratarse de un proceso ordinario laboral de única instancia, en la medida que fue proferida una decisión totalmente adversa a los demandantes, por lo que se dan los presupuestos de la Sentencia C-424 de 2015.

Problema jurídico o delimitación del conflicto.

- Establecer si la Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social S.A. debe reembolso los gastos en salud sufragados por la señora Adelfa Andrade Mosquera a raíz de la cirugía realizada y las sesiones de radioterapia.

Tesis del despacho.

Este funcionario judicial sostenía como tesis, que no hay lugar a reconocer el reembolso por gastos en salud reclamado, en la medida que no se demostró negligencia en la prestación del servicio por parte de la Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social S.A y se garantizó la prestación del servicio a la demandante.

Bajo este parámetro, la decisión que se revisa será confirmada, manteniéndose en consecuencia la absolución a la Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social S.A.

Presupuestos para decidir.

A. LA SEGURIDAD SOCIAL: En nuestro ordenamiento jurídico la Seguridad Social puede definirse como el derecho irrenunciable que le asiste a toda persona para acceder a los servicios públicos de carácter obligatorio que debe prestar, dirigir y coordinar el Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, presupuesto que se encuentra contenido el artículo 48 de la Constitución Política, y que concordado con las disposiciones del artículo 9º del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la OIT, reconocen a todos los habitantes del territorio colombiano el derecho a la Seguridad Social como un derecho fundamental.

B. EL SISTEMA GENERAL DE SALUD: El legislador diseñó un Sistema General que permitiera garantizar y regular la prestación obligatoria del servicio público esencial de salud además de crear condiciones de acceso que permitan a toda la población del territorio nacional no solo afiliarse a dicho sistema sino también beneficiarse del Plan Obligatorio definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para la protección integral de las familias, la maternidad y la enfermedad general en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tal y como lo establecen los artículos del 152 al 156 de la Ley 100 de 1993.

C. LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Y EQUIVALENTES: Son las responsables de la afiliación, el registro, el recaudo de las cotizaciones y la prestación del Plan Obligatorio de Salud de los afiliados, para lo cual debe, entre otras funciones, organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias pueden acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional; y definir los procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia, de conformidad con lo indicado en los artículos 177 y 178 de la Ley 100 de 1993.

A su turno el artículo 179 del compendio normativo en cita, establece los parámetros bajo los cuales las EPS deben asegurar el cubrimiento de los servicios de salud a sus afiliados, bien sea a través de su propia red o mediante la contratación con diversas instituciones prestadoras de tales servicios, debiendo en todo caso brindar alternativas a sus afiliados para la atención de contingencias cuya oferta pudiera estar restringida en el medio.

E. EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS: En glosa del recuento normativo descrito hasta el momento, infiere el despacho que la obligación de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud, recae sobre las Entidades Promotoras de Salud, las cuales, dentro de los límites de dicho plan, deben cubrir los gastos médicos en que deban incurrir para la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de sus afiliados.

Conforme lo anterior fue necesario establecer el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, lo que se hizo a través de la Resolución No.5261 de 1994, en la que se definen conceptos que para el caso que nos ocupa resultan relevantes, entre ellos se destacan:

- a) **ARTICULO 9o. URGENCIA.** Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

- b) **ARTICULO 10. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán

obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún sin convenio o autorización de la EPS respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La IPS que presta el servicio recibirá de la EPS el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el SOAT.

En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

PARÁGRAFO. <Modificado por el artículo 1o. de la Resolución 2816 de 1998> Cuando la IPS no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente; en caso contrario, deberá remitir esta información con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones.

Las EPS garantizarán la infraestructura necesaria para el reporte oportuno por parte de las IPS.

- c) 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 IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS 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.

De la norma se infiere que para que proceda el reembolso de gastos médicos por parte de una E.P.S se deben cumplir varias condiciones:

- Que el afiliado cotizante sea atendido en el evento de URGENCIA en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS
- Cuando exista autorización expresa de la EPS para una atención específica.
- En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad.

También establece que la solicitud de reembolso debe realizarse en los 15 días siguientes al alta del paciente, siendo la misma cancelada por la entidad dentro de los 30 días siguientes a la solicitud 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; fijando además los términos en que serán reconocidos y advirtiendo que “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.”.

En cuanto a la atención que debe recibirse en caso de una urgencia, la Ley 100 de 1993 en su artículo 168 dispone: “Atención inicial de urgencias. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el fondo de solidaridad y garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la entidad promotora de salud a la cual esté afiliado, en cualquier otro evento...”

Explicado lo anterior, se pasa a estudiar las pruebas que se tuvo oportunidad de recaudar el Juzgado Quinto Municipal de Pequeñas Causas Laborales, dentro del presente trámite, donde se encuentra lo siguiente:

1. Orden de cirugía del Médico Felipe Carlos Petro Prieto.
2. Facturas de venta y colillas de pago
3. Respuesta solicitud de reembolso donde se aprueba en la suma de \$1.328.984.
4. Autorizaciones en salud panilla de Excel.

Conforme la prueba recaudada en el presente proceso, encuentra este despacho judicial con el hecho que no se acreditan los presupuestos para que proceda el reembolso en salud por gastos médicos solicitados por la demandante, en la medida que, de las pruebas arrimadas al plenario se evidencia que la Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social s.a estuvo presta a los requerimientos en salud que necesitaba la señora Adelfa Andrade Mosquera, así puede observa en la planilla de Excel donde se evidencia la autorización de las ordenes médicas como exámenes de localización de lesión no palpable de mama por estereotáxica y la consulta por hematólogo y cirugía Mastectomía radical modificada con disección axilar y conservación de músculos pectorales donde se encuentra la anotación que la usuaria no espera los tiempos establecidos. Así mismo en la respuesta de la solicitud de reembolso la sociedad demandada por medio de su comité autoriza el reembolso en la suma de \$1.328.984 y arguye que la usuaria no espera los tiempos establecidos.

Ahora, de los documentos presentados con la demanda no infiere el Despacho que la atención médica prestada objeto de la presente demanda se hayan prestado a la actora en razón de una urgencia, ni obra constancia del médico tratante, que certifique que los servicios de cirugía prestados, hayan sido requeridos de manera inmediata, en los términos del citado artículo 9 de la Resolución 5261 de 1994.

Adicionalmente, no aparece en el plenario prueba alguna en la que se acredite que la

sociedad accionada responsable de haberle brindado la atención requerida haya omitido por "...incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia..." y mucho menos que hubiere autorizado la remisión del paciente a la Unidad Oncológica las Vegas para su cirugía, de donde le asiste razón a la accionada para negar el total del reembolso pretendido.

De todo lo anterior, se evidencia que la Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social s.a garantizó en todo momento el servicio en salud de la demandante y no se demostró negligencia ni algún mal actuar de la sociedad y si bien la señora Adelfa Andrade Mosquera realizó la cirugía de manera particular, esta no fue a raíz del mal servicio o la negativa de la prestación del mismo por parte de la sociedad demandada.

Manifestado lo anterior, el Despacho confirmará íntegramente la sentencia que en grado jurisdiccional de CONSULTA se revisa.

Por último, se advierte que no hay lugar a imponer costas procesales en esta oportunidad, en consideración a que la decisión que se revisa llega a manos de esta agencia judicial, en virtud del grado jurisdiccional de consulta, de cara a lo establecido en el artículo 69 del C.P. del T. y de la S.S. y la Sentencia C-424 de 2015.

DECISIÓN

En virtud de lo expuesto anteriormente, el JUZGADO DIECINUEVE LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de única instancia, emitida dentro del proceso promovido por Adelfa Andrade Mosquera contra la Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social S.A. de cara a lo expuesto en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: Sin costas en el grado jurisdiccional de consulta.

TERCERO: Se ORDENA la remisión del expediente al juzgado de origen.

Lo anterior se ordena notificar en ESTRADOS.



JUAN DAVID GUERRA TRESPALACIOS
JUEZ



JUAN CARLOS RIVERA LÓPEZ
SECRETARIO

SECRETARÍA JUZGADO 19 LABORAL DEL CIRCUITO DE MEDELLÍN

EDICTO VIRTUAL

El secretario del Juzgado Diecinueve Laboral del Circuito de Medellín, notifica a las partes la sentencia que a continuación se relaciona:

PROCESO	Ordinario de Primera Instancia
DEMANDANTE	Adelfa Andrade Mosquera
DEMANDADO	Fundación Medico Preventiva para el Bienestar Social S.A.
RADICADO	05001-41-05-005-2018-01217-01
DECISIÓN	Confirma Sentencia

El presente edicto se fija en la página web institucional de la Rama Judicial <https://www.ramajudicial.gov.co/web/juzgado-019-laboral-de-medellin/69> por el término de un (01) día hábil. La notificación se entenderá surtida al vencimiento del término de fijación del edicto.

CONSTANCIA DE FIJACIÓN

Fijado en junio 21 de 2022 a las 8:00am

CONSTANCIA DE DESFIJACIÓN

Desfijado junio 21 de 2022 a las 5:00 p.m.



JUAN CARLOS RIVERA LÓPEZ
SECRETARIO