

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI
SALA PRIMERA LABORAL
MAGISTRADA PONENTE: MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA**

PROCESO	FUNCIÓN JURISDICCIONAL SUPERINTENDENCIA DE SALUD
DEMANDANTE	ABEL ENRIQUE DURAN AVILAN
DEMANDADOS	COOMEVA EPS.
RADICADO	760012205000202100135 00
SEGUNDA INSTANCIA	APELACIÓN DDO
TEMAS Y SUBTEMAS	REEMBOLSO GASTOS DE MEDICAMENTOS
DECISIÓN	CONFIRMA

SENTENCIA No. 268

Santiago de Cali, seis (06) septiembre de dos mil veintiuno (2021)

En atención a lo previsto en el artículo 15 del decreto 806 del 4 de junio de 2020, una vez discutido y aprobado en la SALA PRIMERA DE DECISIÓN LABORAL el presente asunto, según consta en Acta N° 019 de 2021, se procede a dictar SENTENCIA en orden a resolver el RECURSO DE APELACIÓN presentado por COOMEVA E.P.S respecto de la sentencia No. S2020-000568 del 04 de mayo de 2020, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud.

ANTECEDENTES

El señor ABEL ENRIQUE DURAN AVILAN demandó ante la Superintendencia Nacional de Salud a **COOMEVA E.P.S.** con el propósito que se le ordene reembolsar la suma de \$ 6.706.931, por concepto de gastos médicos -servicio de Urgencia- sufragado de manera particular en la IPS MEDICADIZ.

Como sustento de la pretensión, expuso que es una persona de la tercera edad, afiliado a la accionada en calidad de beneficiario. Informa que desde mayo de 2017 su salud se ha visto desmejorada, que padece de hipertensión. Afirmó que pese a que la EPS demandada observaba su mal estado salud no le dio cita con especialista, y por esa razón tuvo que pagar de sus propios ingresos la consulta especializada.

Así mismo, refirió que, en octubre del año 2017, presentó dolores estomacales, dolor de cabeza y pérdida del equilibrio, viéndose en la obligación de asistir a la Clínica Tolima, IPS que tiene convenio con COOMEVA EPS, no obstante, cuando llegó a las instalaciones de la IPS le manifestaron que la EPS se encontraba en mora y debía esperar porque no se trataba de una urgencia vital. Aseveró que por lo insoportable del dolor que presentaba, tuvo que trasladarse al servicio de urgencias de la Clínica Medicadiz, donde luego de realizarle ayudas diagnosticas le practicaron una colecistectomía por

laparoscopia y estuvo internado por 3 días, atención que le costó \$ 6.706.931, suma sufragada de su propio peculio.

Por otro lado, precisó que solicitó el reembolso de estos dineros a la entidad demandada, presentando los soportes médicos y diligenciamiento de los documentos indicados por la misma, quien luego de realizar la auditoria comunicó que se negaba el reconocimiento de tales reembolsos.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

COOMEVA E.P.S., se opuso a la prosperidad de la pretensión señalando que no había lugar al reconocimiento de los gastos en los que incurrió el demandante, en tanto esa cirugía fue realizada por su propia voluntad. Agrega que actualmente el actor se encuentra retirado de la EPS y que nunca se radicó solicitud de autorización para algún tipo de consulta médica a nombre del demandante, ni por el afiliado, ni por la IPS prestadora del servicio.

Explicó que, aunque el señor DURAN AVILAN presentó la factura de la IPS MEDICADIZ para su cobro, no se accedió al reembolso, porque en una primera oportunidad el reclamo lo realizaron por \$7.000.000 y luego cambiaron el valor a \$6.706.931, pero que en la factura radicada se evidencia que el demandante por un descuento que se le realizó en la IPS solo pago \$ 5.729.111, por esa razón se atienen a lo que resulte probado en el proceso. (fl 31 a 36 EXPEDIENTE 20J-2018-0144.pdf)

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante sentencia S2020-000568 del 04 de mayo de 2020, accedió parcialmente a las pretensiones del actor, ordenando a COOMEVA EPS S.A. el pago de \$ 5.881.811, en favor del señor Abel Duran por concepto de gastos médicos que sufragó de manera particular en la clínica MEDICADIZ.

Consideró la *Superintendente delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación*, que la situación presentada por el accionante encuadra en lo que debe entenderse por una urgencia médica de conformidad con la definición establecida por la legislación colombiana. Así mismo manifestó que por la avanzada edad del paciente era necesaria la intervención quirúrgica, puesto que su no realización podía deteriorar su estado de salud, a tal punto de comprometer su dignidad humana, que por esa razón resultaba equivocado el argumento de la demandada al indicar que no se gestionó ninguna autorización médica, pues en tratándose de urgencias las IPS tienen la obligación legal de atender a los pacientes sin que medie autorización de la EPS, siendo suficiente con la notificación de la atención.

Adicionalmente expresó que existe prohibición expresa de trasladar a los afiliados cargas administrativas, que por ello era procedente el reconocimiento de los gastos probados en el proceso.

RECURSO DE APELACIÓN

La apoderada de **COOMEVA E.P.S.**, inconforme con la decisión de la Superintendencia de Salud, interpuso recurso de apelación pretendiendo se revoque la decisión de primera instancia, argumentando que atendiendo lo estatuido en el art. 14 de la resolución 5261 de 1994, no es admisible el reconocimiento del reembolso, porque la EPS solo está obligada cuando existe negativa injustificada o negligencia y en el caso de marras no se presentaron ninguna de las dos situaciones, ni se demostró que se le impusieran barreras al demandante para aceptar los servicios solicitados, pues no hay evidencia que el actor hubiere acudido a la red de urgencia que tiene los afiliados de COOMEVA EPS; y en el aplicativo de referencia y contrareferencia no se realizó requerimiento, lo que demuestra que el demandante por su propia cuenta decidió asistir a otra institución de salud y realizarse de manera particular la cirugía.

Sostuvo que hay inexistencia de la obligación, teniendo en cuenta que en la documentación aportada consta que el demandante acudió de manera particular lo que invierte la carga y le corresponde asumir al usuario la totalidad de la obligación, por el incumplimiento de sus obligaciones como afiliado, valores que no pueden ser trasladados a la EPS porque la resolución 2561 de 1994 lo prohíbe (95 a 97 EXPEDIENTE 20J-2018-0144.pdf).

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Mediante auto del 26 de agosto de 2021, se dispuso el traslado para alegatos a las partes, no obstante, las partes en la oportunidad legal no hicieron ningún pronunciamiento al respecto.

PROBLEMA (S) A RESOLVER

Determinar si hay lugar a ordenar el reembolso por los gastos médicos en que incurrió el señor ABEL ENRIQUE DURAN AVILAN, por concepto de atención médica de urgencia, por cumplir los supuestos del artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994; o si como lo aduce la accionada, no hay lugar a ello por no atenderse estos, dado el incumplimiento por parte del afiliado de las obligaciones que le correspondían para gestionar el servicio por parte de la EPS, en los términos de la citada resolución.

CONSIDERACIONES

En atención a lo dispuesto en el parágrafo 2º del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 en concordancia con el numeral 1º del artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, procede la Sala a resolver la impugnación presentada por **COOMEVA EPS**.

Se destacan como supuestos de hecho debidamente establecidos en el *sub-lite* los siguientes:

- Que el demandante acudió a las instalaciones de la clínica MEDICADIZ el 17 de octubre de 2017 por presentar dolor abdominal egresando el 20 de octubre de 2017, lo que se extrae de la historia clínica del señor ABEL ENRIQUE DURAN AVILA (fl. 19-35).
- Que el 18 de octubre de 2017, en la clínica MEDICADIZ se le realizó al hoy demandante Abel Enrique ecografía de abdomen total en la que se le

diagnosticó coleditiasis, como consta en informe de imágenes diagnósticas (fls. 27-28).

- Que el 20 de octubre del 2017, fue dado de alta el señor DURAN AVILAN de la clínica MEDICADIZ, y en dicho centro hospitalario le cobraron la suma de \$5.729.111 por dos días de estancia en la institución y los servicios prestados, conforme se desprende de la factura de venta No. CM 119921 (fl 33-34)
- El 23 de octubre de 2017, el señor ABEL ENRIQUE DURAN AVILAN radicó derecho de petición ante Coomeva EPS solicitando el reembolso de los dineros cancelados por gastos médicos y hospitalización brindado por la clínica MEDICADIZ, según consta a folios 6 a 8 del expediente.
- Que mediante misiva el 22 de noviembre de año en mención COOMEVA EPS, negó el reconocimiento del reembolso por considerar que no se trata de un caso de negativa, sino que la IPS MEDICADIZ no reportó la atención. (fl. 20)

Pues bien, la obligación por parte de las Entidades Promotoras de Salud de reembolsar a sus afiliados los gastos en que estos hubieran tenido que incurrir por concepto de salud se encuentra regulada en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 proferida por el entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social, que precisa los eventos en los que procede el reembolso y el trámite para ello, así:

“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.” (Subrayado fuera de texto)

Se deriva de lo antelado con claridad que las Entidades Promotoras de Salud se encuentran obligadas por disposición legal a efectuar el reconocimiento económico de los gastos que hubiesen tenido que asumir los afiliados 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 este 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.

Una vez se determine la ocurrencia de cualquiera de las situaciones antes expuestas, el afiliado está facultado para solicitar a su correspondiente entidad promotora de salud el reembolso a que haya lugar.

Ahora bien, para determinar si en el presente asunto concurren los elementos necesarios para que proceda el reembolso de las sumas pagadas por gastos médicos, se hace necesario referirnos al TRIAGE, sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencia, adoptado por Colombia en la resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual permite a las instituciones prestadoras de salud -IPS- determinar el riesgo clínico de los pacientes para que reciban atención adecuada.

Así pues, la resolución en comento estableció en su artículo 5º, cinco categorías del *triage* con las que se pretende determinar la prioridad de la atención médica, en la que el *primer nivel* es lo que se denomina urgencia vital y no puede esperar, *segundo nivel* condición clínica que puede evolucionar rápidamente incrementando el riesgo de muerte o afectar la integridad física o psíquica, en el *tercer nivel* se ubican las personas que su condición requiere tratamiento y medidas diagnósticas en urgencia, porque su situación puede empeorar, el *cuarto nivel* son padecimientos menores y se incluyen las personas que su estado de salud no representa riesgo inminente para la vida y el *quinto nivel* es para aquellos casos no urgentes, relacionados con problemas agudos o crónicos.

En este orden, al estudiarse la historia clínica aportada al proceso por la accionada, encontramos que el señor ABEL ENRIQUE DURAN AVILAN al ingresar a las instalaciones de la clínica MEDICADIZ SAS fue calificado con *TRIAGE nivel 3* (fl. 44), el que de acuerdo con la Resolución 5596 de 2015 da indicación al médico que: “*la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa*”.

Sobre el cuadro clínico que presentaba el actor, se precisó en la historia clínica en la IPS MEDICADIZ SAS por el galeno que lo trató, lo siguiente:

“...PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE COLECISTITIS AGUDA POR COLELITIASIS CONFIRMADO POR ECOGRAFIA, DOS EPISODIOS DE DOLOR, CON EDAD AVANZADA Y ENFERMEDADES DE BASE QUE AUMENTAN SU RIESGO. SE INDICA HOSPITALIZAR, SE LLEVARÁ A COLECISTECTOMIA...”

Y en otro aparte de la nota de evolución médica indica cuales son los riesgos de no realizarse la cirugía, así: “***...INFECCIÓN VESICULAR, PERFORACION, COLEDOCOLITIASIS, PANCREATITIS, COLANGITIS...***”, condiciones que tendrían grave repercusión en la salud del señor Duran.

De lo anterior, se acredita que la intervención quirúrgica realizada al hoy demandante ABEL ENRIQUE DURAN era necesaria y aunque su realización fue de forma particular, las circunstancias de modo tiempo y lugar encajan en las excepciones que establece la ley para que su pago sea asumido por la Entidad Promotora de Salud, de

ahí que deba confirmarse la sentencia dictada por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

En este orden de ideas, la clasificación otorgada al actor en el triage efectuado en la clínica donde recibió la atención refleja que, sí denotaba la condición del paciente el requerimiento de una atención de urgencia, circunstancias que hacían necesario que su padecimiento fuera atendido en la IPS en la que se encontraba, sin que se hiciera necesario solicitar autorización a la EPS del paciente, en tanto el artículo 168 de la ley 100 de 1993, así lo determina al señalar que:

***“ARTICULO 168. 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 al cual este afiliado en cualquier otro evento.*

***PARAGRAFO.** Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el Gobierno Nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.”*

De ahí que no le asista razón al ente accionado, en cuanto al incumplimiento de las obligaciones del señor DURÁN AVILAN como afiliado, puesto que dada la naturaleza de la afectación a la salud que califica la condición de urgencia, no se le imponen cargas administrativas relativas a la verificación previa del servicio con la EPS, y de ahí que deba esta asumir el costo de tales servicios médicos, como se desprende también de la resolución 5261 de 1994, artículo 14, que establece que pese a que la IPS no tenga convenio con la EPS, cuando se trata de la atención inicial de urgencia debe sufragar esos pagos; y en el presente caso al haber sido calificado en triage 3 el señor Duran Avilan, quedó establecido que presentaba una condición que clasificaba en el carácter de urgencia, a lo que se suma su condición de adulto mayor con enfermedad crónica, hipertensión arterial, que hacían más imperativo aun el tratamiento oportuno, por aumentar el riesgo de afectación a su salud.

Por último, aunque al plenario el demandante no aportó documental que sustente su dicho, en cuanto a que antes de acudir a la clínica MEDICADIZ estuvo en una de las IPS de la red de COOMEVA EPS, lo cierto es que con las documentales aportadas lo que se vislumbra es que la atención médica en la clínica se desarrolló en el marco de una urgencia, para lo que se itera, no se imponen cargas administrativas dado que lo que está en riesgo es salud y en veces, la vida del paciente.

En atención a que en la apelación no se hizo ninguna manifestación respecto del monto de la condena la Sala no se pronunciara a sobre ese aspecto.

Por las razones anteriormente expuestas, se despachará desfavorablemente el recurso de apelación presentado por COOMEVA EPS y, en consecuencia, se confirmará la decisión de primera instancia. Costas en esta instancia a cargo de COOMEVA EPS en el equivalente a UN SALARIO MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE.

Sin que sean necesarias más consideraciones, la **SALA PRIMERA LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI-VALLE**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMASE la sentencia S2020-000568 del 04 de mayo de 2020, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud.

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia judicial a cargo de COOMEVA EPS, tásense en la suma de UN SALARIO MÍNIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,


MARIA NANCY GARCÍA GARCÍA
MARIA NANCY GARCÍA GARCÍA

*Se suscribe con firma escaneada por salubridad pública
(Art. 11 Dcto 491 de 2020)*

Firma digitalizada para
actos judiciales

FABIO HERNAN BASTIDAS VILLOTA
FABIO HERNÁN BASTIDAS VILLOTA


CARLOS ALBERTO CARREÑO RAGA