

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	ANA MARÍA URREA FERIS
DEMANDADOS	COOMEVA EPS
RADICADO	76001-22-05-000-2021-00282-00
SEGUNDA INSTANCIA	APELACIÓN DEMANDADA
TEMAS Y SUBTEMAS	Reembolso gastos procedimientos médicos
DECISIÓN	CONFIRMA

SENTENCIA No. 404

Santiago de Cali, treinta (30) de noviembre 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° 027 de 2021, se procede a dictar SENTENCIA en orden a resolver el RECURSO DE APELACIÓN presentado por COOMEVA EPS, respecto de la sentencia No S2019-000534 del 02 de mayo de 2019, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud.

ANTECEDENTES

La señora **ANA MARÍA URREA FERIS** demandó ante la Superintendencia Nacional de Salud a **COOMEVA EPS** con el propósito de obtener el reembolso de la suma de \$72.321.000, por concepto de gastos médicos – *compra de material osteosíntesis*-sufragados de su propio peculio en la IPS FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ, para la realización de una cirugía de corrección de escoliosis.

Como sustento de la pretensión, refirió que se encuentra afiliada a **COOMEVA EPS** desde octubre de 1995, y no solo al plan obligatorio de salud, sino que también tiene medicina prepagada. Adujo que en la actualidad tiene 38 años y desde hace varios años padece escoliosis severa, enfermedad por la que ha necesitado cuatro (4) cirugías, una de estas en el año 2015, presentando a partir de esta complicaciones como fuertes dolores y problemas en la movilidad, las cuales la llevaron a consultar a su médico tratante, quien le indicó que las varillas instaladas se habían desviado, razón por la que debía ser sometida a una nueva intervención a fin de evitar posibles afectaciones a órganos vitales.

Sostuvo que la nueva cirugía incluía el retiro del instrumental desviado y la implantación de material de osteosíntesis en la columna vertebral. En ese sentido, manifestó haber realizado todos los trámites ante su entidad promotora de salud, en busca de obtener la autorización para la realización del procedimiento, recibiendo respuesta de *Coomeva Medicina Prepagada* autorizando el retiro y colocación del nuevo material; sin embargo, en la orden le señalaron que el suministro del material de osteosíntesis, tenía que ser asumido por **COOMEVA EPS**, al tratarse de un implemento incluido en el POS, empero informó que

pese a elevar solicitudes a la EPS pretendiendo la entrega de este material, la accionada no lo entregó, por lo que de manera particular su grupo familiar asumió su costo.

Finalmente, expresó que una vez salió de la clínica radicó petición de reembolso por la suma cancelada de manera particular, pero la respuesta de la EPS fue negativa, bajo el argumento que la solicitud se presentó extemporáneamente, en tanto que no se radicó dentro de los 15 días siguientes a la salida del hospital (Archivo 1 Demanda).

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Por su parte, **COOMEVA EPS** se opuso a la prosperidad de la pretensión arguyendo que no era cierto que la accionante hubiere radicado las órdenes médicas para obtener el suministro del material deprecado, que en el aplicativo denominado CIKLOS, plataforma designada para elevar solicitudes, solo tiene radicada una solicitud que data del 01 de enero de 2016.

Así mismo, explicó que la negativa al reconocimiento del reembolso se ajustaba a derecho, toda vez que la usuaria no respetó los términos señalados en la Resolución No. 5261 de 1994, para acceder a ese beneficio (Archivo Contestación J-2017-1482).

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante sentencia S2019-000534 del 02 de mayo de 2019, accedió a la pretensión incoada por la actora, ordenando a **COOMEVA EPS** el pago de \$54.442.826, por concepto de gastos en los que incurrió al cancelar de forma particular el suministro del material de osteosíntesis.

Consideró la *Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación*, que la señora **URREA FERIS** es un sujeto de especial protección constitucional debido a su grado de discapacidad, y que la EPS con su actuar vulneró esa protección especial reforzada de la que gozaba la accionante, puesto que una de las obligaciones principales de estas entidades es la de garantizar la eficiencia y calidad en la prestación del servicio de salud, obligación en virtud de la cual son las responsables de las fallas que se presenten en la prestación del servicio y no pueden trasladar dicha carga a los afiliados.

Simultáneamente, precisó que dentro de sus funciones como aseguradoras está el cumplir con las obligaciones que se encuentran incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), y al estar incluido el servicio solicitado por la demandante en el POS, una vez se presentó la solicitud encaminada a solicitar el reembolso de las sumas pagadas, la EPS debió reintegrar esos dineros sin acudir a negativas meramente administrativas, en tanto existió negligencia en el suministro del material.

En igual sentido, aseveró que el argumento de **COOMEVA EPS** para negar la solicitud de la demandante no tiene asidero, en atención a que la Corte Constitucional en sentencias T-594 de 2007 y T 650 de 2010, puntualizó que el vencimiento del plazo establecido en el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, no puede ser entendido como un término prescriptivo, que este periodo es solo para adelantar el trámite, pero su inobservancia jamás se equipara a la pérdida del derecho, ni exonera a la entidad de su pago.

Respecto al valor reconocido, expresó que, aunque la factura aportada mostrara que la suma pagada por la demandante era de \$72.321.000, al revisar el detalle de los valores cancelados se encontró que en ese total se estaban cobrando insumos que de conformidad

con el artículo 496 del Decreto 2423 de 1996 en el párrafo 2 no pueden ser reconocidos, razón por la cual, solo era procedente ordenar el pago de \$59.008.952.

RECURSO DE APELACIÓN

La apoderada de **COOMEVA E.P.S.**, inconforme con la decisión interpuso recurso de apelación argumentando que ante la entidad no se realizó solicitud alguna para la autorización del material de osteosíntesis, dado que la única orden usada para reclamar el instrumental fue emitida por el médico tratante de *Coomeva Medicina Prepagada*, pero nunca se realizó un trámite con el médico de la EPS para que este ordenara la cirugía y así poder generar las autorizaciones correspondientes.

Adicionalmente, explicó que, cuando se radicó la solicitud de reembolso fue analizada y estudiada por el área de auditoría médica, concluyéndose que no había lugar al reembolso en virtud de que la EPS no negó el servicio requerido y la solicitud para obtener el pago fue presentada extemporáneamente

PROBLEMA (S) A RESOLVER

Determinar si hay lugar a exonerar a **COOMEVA EPS** de cancelar en favor de la señora **ANA MARÍA URREA FERIS** las sumas reclamadas por concepto de gastos médicos en los que tuvo que incurrir al sufragar con sus propios recursos el suministro de material osteosíntesis en la cirugía de corrección de escoliosis, teniendo en cuenta que según la accionada, no fue expedida autorización por la EPS para la realización de la cirugía, en tanto que no fue ordenada por un médico tratante de la entidad sino por el profesional de medicina prepagada, además que no hubo negativa en la prestación del servicio, porque no medió cobro oportuno ante la misma.

CONSIDERACIONES

En atención a lo dispuesto en el párrafo 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 acreditados en el *sub-lite*, los siguientes:

1. Que el 17 de junio de 2016, la especialidad de Traumatología y Ortopedia prescribió a la señora **ANA MARÍA URREA FERIS** para el tratamiento de su patología de “*escoliosis*”, un plan de manejo quirúrgico en dos (2) tiempos, el primero para el retiro de barras metálicas colocadas en su columna, y un segundo para la imposición de los nuevos implantes (f. 26 a 33 del archivo 01 ED)
2. Que el 26 de septiembre de 2019, la demandante fue intervenida quirúrgicamente en la Clínica Fundación Santa Fe de Bogotá, conforme lo muestra la historia clínica obrante al proceso a folios 13 a 25 del archivo 01 ED.
3. Posteriormente, el 6 de octubre de 2016, la Fundación Santa Fe de Bogotá expidió la Factura de Venta No. FSFB 4096569 por valor de \$72.322.041 por los servicios prestados a la señora **URREA FERIS** para la realización de un procedimiento quirúrgico, de los cuales aquella efectuó el pago en la misma fecha (f. 4 A 5 Archivo 3. *RESPUESTA DEMANDANTE FOLIO 17 AL 32 f. 11* archivo 01 ED)

4. El 08 de noviembre de 2016 la demandante radicó cuenta de cobro a **COOMEVA EPS**, pretendiendo el reconocimiento y pago de los \$72.322.041 cancelados por ella, a título de reembolso por servicio de salud (f. 38 Archivo 01 ED).
5. No obstante, la demandada negó lo peticionado tras argumentar que la radicación de la solicitud fue realizada por fuera de los términos señalados en el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994 (Archivo Contestación J-2017-1482).

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

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 No. 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 citado reembolso y el trámite para ello, así:

“ARTÍCULO 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 de la Sala)

Se deriva de lo antelado con claridad que las Entidades Promotoras de Salud están 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 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.

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

Ahora bien, el fundamento central de **COOMEVA EPS** para apelar la orden de reembolso se sustenta en primer lugar, en que la entidad no expidió la autorización correspondiente, dado que la orden para la realización de la cirugía no fue emitida por el médico tratante de la EPS, sino por el médico de medicina prepagada.

Así entonces, se hace indispensable traer a colación los reiterados pronunciamientos de la Corte Constitucional en cuanto a la admisibilidad de un concepto médico emitido por un profesional de la salud no adscrito a la EPS, citándose a manera de ejemplo lo dicho en la Sentencia T- 235 de 2018, donde el Alto Tribunal dijo que:

“(…) si bien el criterio principal para definir cuáles servicios requiere un paciente es el del médico tratante adscrito a la EPS, este no es exclusivo, en tanto el concepto de un médico particular puede llevar a vincular a la intermediaria de salud respectiva.

Siempre que se cumplan las siguientes reglas:

La entidad conoce la historia clínica particular de la persona y, al tener noticia de la opinión emitida por un médico ajeno a su red de servicios, no la descarta con base en información científica.

Los médicos adscritos valoraron inadecuadamente a la persona que requiere el servicio.

El paciente ni siquiera ha sido sometido a la valoración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión.

La entidad ha valorado y aceptado los conceptos médicos no inscritos como ‘tratante’, incluso de entidades de salud prepagadas, regidas por contratos privados(…)” (Subraya y Negrilla de la Sala).

En este orden, a efectos de legitimar la valoración realizada por el médico tratante a la señora **ANA MARIA URREA FERIS**, basta con indicar que la patología que esta padece le fue diagnosticada con anterioridad a la fecha de realización del procedimiento respecto del cual hoy se reclama reembolso, pues según consta en historia clínica visible a folios 25 a 33 Archivo 01 ED, desde el año 1993 la accionante padece **escoliosis**, patología que según se infiere de lo consignado en historial médico, puntualmente en la especialidad de Ortopedia y Traumatología, fue diagnosticada desde sus inicios por la EPS, como quiera que solo a partir del 01 de enero de 2001 la demandante contrató el servicio de medicina prepagada.

Visto de este modo, aunque los médicos adscritos a **COOMEVA EPS** no fueron quienes prescribieron la realización de la cirugía llevada a cabo el día 26 de septiembre de 2016 en la Fundación Santa Fe de Bogotá, para la entidad no era ajeno el diagnóstico de la accionante, en la medida en que la citada enfermedad la ha acompañado prácticamente durante toda su vida, y desde un principio fue asistida por la EPS.

Esgrimido lo anterior, y teniendo en cuenta que en el presente caso se encontraba en juego el derecho fundamental a la salud y a la vida de la demandante, pues la no realización de la cirugía ponía en grave peligro su vida, habida cuenta del riesgo que representaba el material que tenía inserto, de afectar otros órganos vitales, resulta lógico que en procura de

obtener la autorización médica de la EPS, a juicio de la actora solo bastara con presentar la prescripción médica emitida por el médico tratante de la medicina prepagada, máxime que su actividad laboral no es la de tramitar autorizaciones médicas.

De modo que, si para la EPS accionada no bastaba con ese concepto médico, debió informarle a la señora **ANA MARIA URREA FERIS** cuál era el trámite que tenía que realizar para que se le pudiera autorizar el suministro del material de osteosíntesis; sin embargo, guardó silencio frente a este punto, poniendo en riesgo la salud de la demandante, sin tomar en consideración que al ser una entidad que presta un servicio público esencial, como lo es la salud, está en la obligación de brindarle a los afiliados un servicio de calidad, la que solo se satisface si en el curso de ello se brinda la información oportuna y adecuada a los afiliados para que puedan tramitar sus peticiones.

Aunado a lo anterior, resalta la Sala que, si esa fue la verdadera razón por la que la EPS no autorizó el suministro del instrumental requerido por la demandante para la cirugía, debió expresarlo antes; no obstante, dicha manifestación solo la exteriorizó una vez se emitió condena por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, y no cuando era la oportunidad para indicarlo, motivos de peso por los cuales no puede ser exonerada de reembolsar el valor condenado, pues este acto también constituye negligencia de la entidad, y por lo tanto, habilitó en su momento el pago particular del servicio.

Por último, frente al término establecido en el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, como lo expresó la Superintendencia, dicho término no significa la pérdida del derecho en favor del reclamante, y mucho menos habilita a la entidad a no efectuar el pago, pues de esa manera lo ha definido la Jurisprudencia Constitucional, por ejemplo, en la Sentencia T-650 de 2011:

“(…) De este modo, se resolverá de acuerdo a lo establecido en la sentencia T-594 de 2007, en donde se manifiesta que el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación que tiene Coomeva de reconocer a sus usuarios el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la entidad, razón por la cual el cumplimiento del mismo, no puede tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le concurren. (...)”

De suerte que, siendo un indiscutido que la cobertura económica del POS se extiende hasta los servicios prestados a la demandante, y son con cargo a la EPS, dada su tipicidad dentro de la dimensión del derecho a la salud, es claro que, como lo fue para la autoridad juzgadora en primer grado, la demandada está en la obligación de reembolsar a la demandante lo cancelado para cubrir la intervención a la que fue sometida, despachándose desfavorablemente su recurso, sin lugar a revisar el monto económico de la condena, al no haber sido objeto de impugnación.

En consecuencia, se confirmará la decisión de primera instancia. Las costas de esta instancia estarán a cargo de **COOMEVA EPS**, tasadas en el equivalente a UN (1) SMLMV.

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,

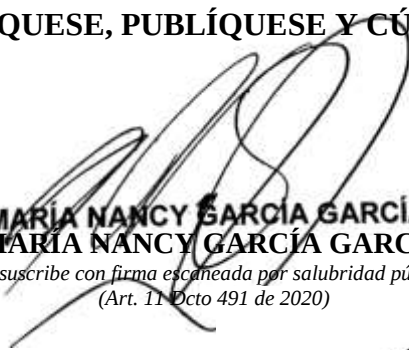
RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la Sentencia No S2019-000534 del 02 de mayo de 2019, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud.

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia judicial a cargo de **COOMEVA EPS**, tasadas en el equivalente a UN (1) SMLMV.

NOTIFIQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

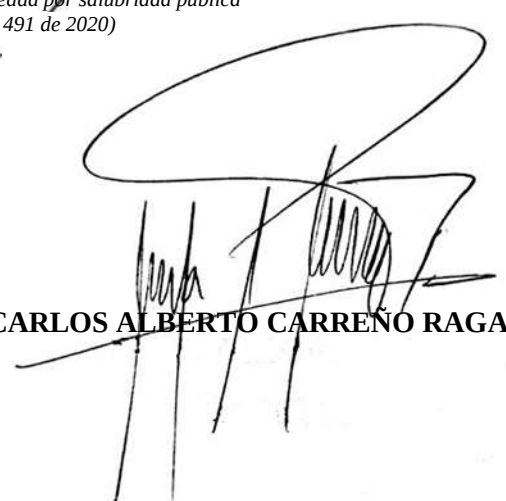
Los Magistrados,


MARIA NANCY GARCIA GARCIA
MARIA NANCY GARCIA GARCIA

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


FABIO HERNAN BASTIDAS VILLOTA
FABIO HERNÁN BASTIDAS VILLOTA

06


CARLOS ALBERTO CARREÑO RAGA