



SENTENCIA

PROCESO	Sumario (Superintendencia Nacional de Salud)
DEMANDANTE	Nathaly Berrio García
DEMANDADO	EPS Suramericana S.A.
RADICADO	05-001-22-05-000-2022-00435-00
EXPEDIENTE SUPERSALUD	U-2022-1122
TEMA	Atención en salud
DECISIÓN	Confirma

El veinticinco (25) de noviembre de dos mil veintidós (2022), el **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN, SALA SEGUNDA DE DECISIÓN LABORAL**, integrada por los magistrados **HUGO ALEXÁNDER BEDOYA DÍAZ, CARMEN HELENA CASTAÑO CARDONA** y **GUILLERMO CARDONA MARTÍNEZ**, quien actúa como ponente, previa deliberación del asunto, según consta en el **ACTA 337** de discusión de proyectos, procede a dictar sentencia dentro del proceso sumario promovido por **NATHALY BERRIO GARCÍA** contra la **EPS SURAMERICANA S.A.**, con radicado **05-001-22-05-000-2022-00435**, para efecto de resolver el recurso de apelación interpuesta por la demandada.

• **PRETENSIONES:**

Aspira la demandante se le ordene a la EPS accionada autorizar los medicamentos fludrocortisona 0,1 mg e ivabradina 5 mg, los cuales no se encuentran incluidos en el plan de beneficios.

• **HECHOS:**

Las anteriores pretensiones las fundamenta la empresa en los hechos siguientes, los cuales se transcriben de forma literal, incluidos posibles errores:

"1. En el mes de abril fui diagnosticada con Disautonomía familiar luego de que se me realizaran pruebas de laboratorio, ecocardiogramas, holter de 24 horas, resonancia cerebral con contraste, angioTAC, entre otras pruebas diagnósticas.

2. Sura EPS me atendió en urgencias varias veces en el mes de abril, y me hicieron pruebas de troponinas, VIH y ecocardiogramas. Me ordenaron el Tilt Test, pero nunca me contactaron para asignarme la cita.

3. Todos las pruebas diagnósticas y el acceso a especialistas para mi tratamiento (neurología, cardiología electrofisiología, fisioterapia, etc.) los he pagado de manera particular porque en Sura me dijeron que no me podían dar las órdenes respectivas.

4. En el mes de julio solicité cita de telesalud para que en mi historia clínica quedar mi seguimiento, y me indicaron que debía tener una cita presencial, a la cual asistí el 19 de julio. En esa cita se pidió un concepto por medicina interna para el 12 de agosto, y nunca hubo respuesta. También se solicitó orden para uno de dos medicamentos asignados para mi tratamiento.

5. La orden del medicamento Ivabradina 5 mg fue cancelada sin respuesta, y me llamaron hace dos semanas para decirme que no fue aprobada. La Dra. de Sura nunca me respondió al respecto de esta orden ni de la consulta a medicina interna.

6. Radiqué queja en la página de Sura con número 22080426582143, por la negligencia con mi proceso de evaluación, diagnóstico e intervención, y por la negación de los medicamentos, y pasaron los 15 días hábiles, y no obtuve respuesta por ningún medio"

- **CONTESTACIÓN:**

EPS Suramericana S.A.: que a la paciente se le han autorizado los tratamientos ordenados por el médico. Que el medicamento Ivabradina 5 mg no fue aprobado debido a que fue ordenado por médico particular, lo que conllevó a que se diera espera del concepto del especialista de la red para definir su pertinencia. Que sí se le dio respuesta a la queja, toda vez que se le asignó cita con medicina interna presencial el 8 de septiembre del corriente año en la IPS Comfama de Sabaneta. Como excepciones propuso la que denominó hecho superado, en atención a que se le asignó cita con especialista de la red de la EPS.

- **SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:**

Fue proferida el 15 de septiembre de 2022 por la Superintendencia Nacional de Salud, accediendo parcialmente a las pretensiones formuladas. Como consecuencia, le ordenó a la EPS Suramericana S.A. que en el término de 2

días suministre a la actora el medicamento autorizado con Código ATC CO1EB17 IVABRADINA.

- **APELACIÓN:**

La decisión de instancia fue recurrida en apelación por la EPS Suramericana S.A., en los siguientes términos: *“La demandante solicita autorización de medicamento IVABRADINA el cual fue prescrito por medico particular, teniendo en cuenta lo anterior, se programó cita con medicina interna presencial el 08 de septiembre de 2022, a las 12:05 pm con el doctor Jorge Luis Pinilla en IPS Comfama Sabaneta quien no autoriza dicho medicamento teniendo en cuenta que, para el diagnóstico de la usuaria, el mismo NO se encuentra autorizado por el INVIMA. Su indicación Invima es: COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CRÓNICA EN PACIENTES CON FRECUENCIA CARDIACA = A 70 LPM. ALTERNATIVO PARA EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA ANGINA DE PECHO ESTABLE CRÓNICA EN PACIENTES CON RITMO SINUSAL NORMAL, QUE PRESENTAN CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A LOS BETA-BLOQUEADORES. Por tanto, EPS SURA no puede asumir el costo de estos medicamentos NO PBS e inactivo por el aplicativo MIPRES”*

- **ALEGATOS:**

Las partes no presentaron alegatos.

CONSIDERACIONES:

Esta Sala del Tribunal es competente para conocer del asunto de conformidad con lo regulado en el parágrafo 1° del artículo 6° de la ley 1949 de 2019

A la señora Nathaly Berrio García le fue prescrito por su médico particular tratante, entre otros, el medicamento ivabradina 5 mg, mismo que no se encuentra expresamente incluido en el plan de beneficios; por su parte, la EPS demandada señala en su apelación que, de conformidad con el

diagnóstico de la paciente, el medicamento no se encuentra autorizado por el INVIMA.

Pues bien, el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 establece como función básica de las EPS *“...organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados”* mandato que se desarrolla de forma más específica en el artículo 178 ibídem y que tiene una redacción más amplia y completa en el artículo 2.5.2.1.1.2. del Decreto 780 de 2016 en el que se consagra dentro del catálogo de responsabilidades de las EPS, las siguientes:

“a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;

b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.

Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;

c) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;

d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;

e) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;

f) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza.”

Dentro del catálogo transcrito se destaca la responsabilidad de garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan de beneficios de Salud (PBS), con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados, obligación que desde luego debe ser cumplida bajo los principios rectores contenidos en el artículo de la 6 Ley Estatutaria 1751 de 2015, lo que implica la prestación del servicio deba realizarse sin dilaciones (oportunidad) y que una vez iniciada no se interrumpa por razones administrativas o económicas (continuidad).

Con respecto a la interpretación de estos dos principios es importante recordar lo enseñado por la Corte Constitucional en la sentencia T-092-2018, en la que se expresó:

4.4.5. El principio de continuidad en el servicio implica que la atención en salud no podrá ser suspendida al paciente, cuando se invocan exclusivamente razones de carácter administrativo. Precisamente, la Corte ha sostenido que “una vez haya sido iniciada la atención en salud, debe garantizarse la continuidad del servicio, de manera que el mismo no sea suspendido o retardado, antes de la recuperación o estabilización del paciente.”. La importancia de este principio radica, primordialmente, en que permite amparar el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos, lo que se ajusta al criterio de integralidad en la prestación.

4.4.6. Por su parte, el principio de oportunidad se refiere a “que el usuario debe gozar de la prestación del servicio en el momento que corresponde para recuperar su salud, sin sufrir mayores dolores y deterioros. Esta característica incluye el derecho al diagnóstico del paciente, el cual es necesario para establecer un dictamen exacto de la enfermedad que padece el usuario, de manera que se brinde el tratamiento adecuado.”. Este principio implica que el paciente debe recibir los medicamentos o cualquier otro servicio médico que requiera a tiempo y en las condiciones que defina el médico tratante, a fin de garantizar la efectividad de los procedimientos médicos.

A partir de lo transcrito es claro que es responsabilidad de las EPS garantizar el acceso a los servicios de salud a través de las tecnologías disponibles en su red de servicios, lo que necesariamente deberá cumplirse en unas condiciones de calidad, oportunidad y continuidad para satisfacer la garantía del derecho fundamental a la salud.

Desde la sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional señaló el carácter de fundamental y autónomo que tiene el derecho a la salud, incluyó dentro

de las facetas de este el denominado *principio de integralidad*, que no es otra cosa que garantizar al usuario las tecnologías de salud que requiera con ocasión del cuidado de las enfermedades que padece y sean considerados esenciales por el médico tratante, así lo definió el Alto Tribunal Constitucional en la sentencia T-574 de 2010:

(...) la atención en salud debe ser integral y por ello, comprende todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del paciente.

El principio de integralidad es así uno de los criterios aplicados por la Corte Constitucional para decidir sobre asuntos referidos a la protección del derecho constitucional a la salud. De conformidad con él, las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS - deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. Por eso, los jueces de tutela deben ordenar que se garantice todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento.

En esta misma perspectiva se incluyó el principio de integralidad en la Ley Estatutaria de la Salud, en cuyo artículo 8, se consignó:

Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.

Asimismo, la Corte Constitucional ha advertido que el concepto del médico externo a la red de prestadores de salud es vinculante. Así lo indicó en sentencia T-508 de 2019:

“La vinculatoriedad del concepto emitido por un médico tratante no adscrito a la EPS

La Corte Constitucional ha señalado que, en principio, la opinión del médico tratante adscrito a la EPS constituye el principal criterio para determinar los insumos y servicios que requiere un individuo, en tanto esta es la “(...) persona capacitada, con criterio científico y que conoce al paciente”, aun cuando este no se encuentre adscrito a la entidad promotora de salud. No obstante, esta Corporación también ha señalado que ese criterio no es

exclusivo, pues en ciertos eventos lo prescrito por un galeno particular puede llegar a ser vinculante para las entidades prestadoras del servicio de salud.

En este sentido, este Tribunal ha sostenido que “(...) para que proceda esa excepción se requiere, como regla general, que exista un principio de razón suficiente para que el paciente haya decidido no acudir a la red de servicios de la entidad a la que se encuentre afiliado”. Adicionalmente, la jurisprudencia constitucional ha tenido la oportunidad de puntualizar cuáles son los parámetros optativos que determinan la vinculatoriedad de las órdenes proferidas por un profesional de la salud que no hace parte de la entidad a la que se encuentra afiliado el usuario. Veamos:

(i) La EPS conoce la historia clínica particular de la persona y al conocer la opinión proferida por el médico que no está adscrito a su red de servicios, no la descarta con base en información científica.

(ii) Los profesionales de la salud adscritos a la EPS valoran inadecuadamente a la persona que requiere el servicio.

(iii) El paciente ni siquiera ha sido sometido a la valoración de los especialistas que sí están adscritos a la EPS.

(iv) La EPS ha valorado y aceptado los conceptos rendidos por los médicos que no están identificados como “tratantes”, incluso en entidades de salud prepagadas, regidas por contratos privados.

De ese modo, cuando se configura alguna de esas hipótesis el concepto médico externo vincula a la entidad promotora de salud y la obliga a “(...) confirmarlo, descartarlo o modificarlo con base en consideraciones suficientes, razonables y científicas, adoptadas en el contexto del caso concreto. Tal resultado también puede darse como resultado (sic) del concepto de uno o varios médicos adscritos a la EPS”

Bajo esa perspectiva, este Tribunal ha concluido que una EPS vulnera el derecho fundamental a la salud de una persona cuando niega el acceso a un servicio o a un procedimiento médico tan solo bajo el argumento de que fue prescrito por un profesional de la salud que no integra su red de servicios, y a pesar de que:

“(i) Existe un concepto de un médico particular; || (ii) Es un profesional reconocido que hace parte del Sistema de Salud; || (iii) La entidad no ha desvirtuado dicho concepto, con base en razones científicas. Por ello debe estudiarse cada caso específico, momento en el cual el juez de tutela debe someter a evaluación profesional dicho concepto a fin de establecer su pertinencia desvirtuándolo, modificándolo o corroborándolo”

En la sentencia acabada de citar, señaló la Corte que respecto a la noción idoneidad, son los médicos tratantes quienes, en virtud de sus conocimientos científicos y preparación profesional, deben prescribir los medicamentos o intervenciones que requieran los pacientes:

“En suma, la potestad para determinar la idoneidad de un servicio de salud recae en los médicos y no le corresponde al paciente, o incluso a los

jueces de la República, valorar la adecuación científica de esos procedimientos a la luz de las condiciones particulares de cada persona.”

Ahora, advirtió la Corte Constitucional en sentencia T-160 de 2022 que con la expedición de la ley 1751 de 2015 todos los servicios de salud están cubiertos por el sistema, a menos que estén taxativamente excluidos, por lo que es procedente ordenarlos directamente cuando exista prescripción médica y que no es admisible que se niegue cualquier tecnología en salud incluida en el plan de beneficios que sea formulada por el médico tratante bajo ninguna circunstancia. Así se pronunció la Corte:

“El derecho a la salud comprende el acceso a los servicios de salud de manera completa, oportuna, eficaz y con calidad. Con la expedición de la Ley 1751 de 2015, el Legislador adoptó un sistema de salud de exclusiones explícitas, el cual fue materializado a través del PBS. Eso significa que todos los servicios de salud están cubiertos por el sistema, a menos que estén taxativamente excluidos. La jurisprudencia ha reconocido que el acceso a los servicios y tecnologías de salud cubiertos por el PBS hace parte del ámbito inamovible del derecho a la salud. Asimismo, ha señalado que las exclusiones constituyen una restricción constitucional del derecho a la salud porque garantizan la sostenibilidad del sistema. Es decir, permiten que haya una destinación de los recursos del sistema de salud a la satisfacción de los asuntos prioritarios. Esto sin desconocer: (i) el núcleo esencial del derecho a la salud; (ii) la obligación de garantizar el nivel más alto posible de atención integral en salud; y (iii) el deber de prever una ampliación progresiva en materia de prestación de los servicios y tecnologías en salud”

En el caso concreto la EPS demandada niega el suministro del medicamento ivabradina 5 mg, al manifestar que de conformidad con el diagnóstico de la paciente, el medicamento no se encuentra autorizado por el INVIMA; en tal situación, se presenta un conflicto entre el concepto del médico particular que prescribió el medicamento y el presentado por el médico adscrito a la EPS.

Frente a lo anterior, conviene precisar que ante estas eventualidades, esto es, para resolver discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a partir de la atención que se presenten por parte de los profesionales de la salud, el artículo 16 de la ley estatutaria de salud 1751 de 2015, prevé lo siguiente:

ARTÍCULO 16. PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. Los conflictos o discrepancias en diagnósticos y/o alternativas terapéuticas generadas a

partir de la atención, serán dirimidos por las juntas médicas de los prestadores de servicios de salud o por las juntas médicas de la red de prestadores de servicios de salud, utilizando criterios de razonabilidad científica, de acuerdo con el procedimiento que determine la ley.

Así las cosas, en el caso bajo estudio, el concepto del médico particular que prescribió el medicamento es vinculante; al no estar expresamente excluido el medicamento se entiende que está implícitamente cubierto por el sistema de salud; debió ser la junta médica quien resolviera la discrepancia presentada entre el concepto del médico particular que prescribió el medicamento y el presentado por el médico adscrito a la EPS.

Corolario de todo lo dicho, al no haber elementos que permitan a esta Sala del Tribunal refutar la idoneidad del medicamento ivabradina 5 mg prescrito a la paciente por su médico tratante, la sentencia merece ser **CONFIRMADA**.

Por lo expuesto, el **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN, SALA SEGUNDA DE DECISIÓN LABORAL**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

CONFIRMA el fallo de primera instancia de fecha y procedencia conocida.

Se notifica lo resuelto por **EDICTO**. En constancia firman:

Los Magistrados,


GUILLERMO CARDONA MARTÍNEZ


CARMEN HELENA CASTAÑO CARDONA

Rdo. 05-001-22-05-000-2022-00435
SA 287-22

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several loops and sharp angles, positioned above the printed name.

HUGO ALEXÁNDER BEDOYA DÍAZ



SECRETARÍA SALA LABORAL

EDICTO VIRTUAL

La secretaría de la Sala laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín notifica a las partes la sentencia que a continuación se relaciona:

PROCESO	Sumario (Superintendencia Nacional de Salud)
DEMANDANTE	Nathaly Berrio García
DEMANDADO	EPS Suramericana S.A.
RADICADO	05-001-22-05-000-2022-00435-00
EXPEDIENTE SUPERSALUD	U-2022-1122
DECISIÓN	Confirma sentencia
MAGISTRADO PONENTE	Guillermo Cardona Martínez

El presente edicto se fija en la página web institucional de la Rama Judicial <https://www.ramajudicial.gov.co/web/tribunal-superior-de-medellin-sala-laboral/131> 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 el 28 de noviembre de 2022 a las 8:00am

CONSTANCIA DE DESFIJACIÓN

Se desfija el 28 de noviembre de 2022 a la 5:00pm


RUBÉN DARÍO LÓPEZ BURGOS
SECRETARIO