

REPÚBLICA DE COLOMBIA



**RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**

Medellín, veintiocho (28) de marzo de dos mil veintitrés (2023)

La Sala Quinta de Decisión Laboral del Tribunal Superior de Medellín, integrada por los Magistrados CARLOS ALBERTO LEBRÚN MORALES (ponente), VÍCTOR HUGO ORJUELA GUERRERO y SANDRA MARÍA ROJAS MANRIQUE, cumplido el traslado de que trata el artículo 13 de la Ley 2213 de 2022, procede a dictar la sentencia que corresponde en este proceso sumario instaurado por ANA DEL SOCORRO PATIÑO DE RAMÍREZ contra SUMMEDICAL REDVITAL UT (Radicado **05001-22-05-000-2022-00105-00**).

ANTECEDENTES

La demandante impulsó el trámite ante la Superintendencia Nacional de Salud con el fin de obtener el reembolso económico de gastos médicos en los que ha incurrido por negligencia y retardo injustificado por parte de Red Vital UT, y que ascienden a \$10.932.800, junto con los intereses y sanciones a que haya lugar.

Lo anterior, se sustentó en que el 19 de junio de 2019 elevó solicitud de reembolso económico ante la UT, producto de una caída sufrida el 14 de mayo de 2019, tratamiento que requería de médico especialista en ortopedia debido al fuerte dolor y su avanzada osteoporosis, lo que nunca fue garantizado por la EPS, viéndose obligada a costear los gastos de manera particular, los que ascendieron a \$10.932.800. Pese a la solicitud formal, el reembolso fue negado sin razón alguna y solo hasta el 11 de

diciembre de 2019 indicaron de forma escueta que la devolución no era procedente por haberse garantizado el servicio a través de su red prestadora lo que aduce no corresponde a la realidad.

Por auto del 09 de julio de 2020 la Superintendencia Nacional de Salud admitió la demanda, disponiendo la vinculación al trámite del Ministerio de Educación Nacional, el Fondo Nacional de Prestaciones del Magisterio y la Fiduciaria la Previsora S.A. - la Fiduprevisora S.A.-, corriendo traslado para su contestación.

La IPS SUMMIMEDICAL S.A.S como miembro integrante de UT REDVITAL, se pronunció aduciendo que la demandante está afiliada al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio para prestación de servicios médicos asistenciales con encargo fiduciario a Fiduprevisora S.A. y como prestador de servicios Redvital UT siendo el asegurado el Fondo y la IPS el prestador. Informó que luego de realizar un análisis de pertinencia médica por parte del Director Técnico Científico se concluyó que a la usuaria se le brindó el servicio de urgencias en la IPS Clínica las Vegas contratada por Redvital, reportando el historial clínico que la paciente presentaba trauma de tobillo izquierdo con fractura de peroné y tibia posterior, por lo que es preparada para reducción; sin embargo, una de sus acompañantes quien indicó ser trabajadora de la salud insistió en el alta voluntaria para recibir un único procedimiento en una institución que contara con ortopedia las 24 horas, y pese a indicarse que la revisión por ortopedia podía darse en las horas de la mañana, y ser expuestos los riesgos, manifestaron estar conscientes de ellos, por lo que se autorizó su salida bajo su propio riesgo. Señaló que la usuaria también presenta un servicio autorizado por Redvital el 17 de mayo de 2019 para “reducción abierta con fijación de luxa fractura o fractura de tobillo”, siendo direccionada a la IPS Clínica el Rosario, prestador que informó que la señora Patiño asistió a consulta el 29 de mayo y le fue programada cirugía para el 06 de junio de 2019, pero decidió operarse de manera particular el 30 de mayo, ello pese a ser la programación de los servicios viable y

oportuna. De ese modo, considera improcedente el reembolso solicitado ya que la atención se brindó siendo decisión de la usuaria no aceptar ser atendida por sus especialistas, con la claridad que Redvital no realiza reembolsos por costos asumidos por decisión propia, sino que debe existir una negativa completa de parte de la entidad.

La FIDUPREVISORA S.A. y el MINISTERIO DE EDUCACIÓN presentaron el informe respectivo, afirmando ambas que aunque las pretensiones no le están dirigidas directamente, se oponen siempre y cuando la pretensión se utilice como fundamento para condenar a la Entidad Fiduciaria, al Patrimonio Autónomo o a dicha cartera.

El 12 de agosto de 2021 la Superintendencia Nacional de Salud a través del Coordinador Comisionado para el ejercicio de las funciones de Superintendencia y delegado para la función jurisdiccional y de conciliación, emitió la sentencia S2021-001486 en la que decidió NO ACCEDER a la pretensión de reembolso formulada. Para arribar a esa determinación, encontró la entidad que el servicio contratado por la demandante con el Hospital Pablo Tobón Uribe no fue producto de la incapacidad, imposibilidad, negligencia o negativa injustificada demostrada para prestar el servicio, en tanto se trató de un procedimiento programado, habiendo evidenciado que el ente asegurador venía garantizando la prestación de los servicios de salud requeridos, decidiendo la paciente mutuo propio acudir al Hospital Pablo Tobón Uribe como paciente particular. Señaló entonces que cuando es el afiliado quien sin justificación decide acudir a un servicio privado, no es procedente el reconocimiento económico, pues ello iría en contravía del sentido natural del reembolso, cual es responsabilizar a las EPS por los gastos que incurre el afiliado como consecuencia de la negligencia, la imposibilidad, la baja cobertura o la incapacidad en la prestación del servicio, encontrando escapado de toda razonabilidad entender que un servicio que un afiliado voluntariamente contrata de manera privada deba ser cubierto por la EPS por el solo hecho de ser su asegurador, siendo que este reconocimiento opera solo en casos

excepcionales y así como las EPS tiene unas obligaciones los afiliados están sujetos a unos deberes.

La demandante manifestó su disenso frente a esa decisión que atacó por el recurso vertical, afirmando que la sentencia proferida se aparta de la realidad ya que presume situaciones que no fueron probadas. Señaló, que aunque es cierto que Redvital prestó la atención inicial de urgencias a través de la IPS Clínica las Vegas, en dicha institución no se contaba con la especialidad de ortopedia que garantizaba su atención especializada, viéndose en la obligación de buscar otra atención, considerando irrazonable que debiera permanecer en el servicio de urgencias cuando no disponían del personal idóneo. Explica que el Hospital Pablo Tobón si contaba con el personal y medios especializados donde pudo recibir la atención acorde a su situación que era de carácter prioritario por su avanzada osteoporosis. Aduce que a partir del conocimiento de sus obligaciones radicó ante su EPS la solicitud para las autorizaciones necesarias sin que esa solicitud fuera resuelta parcial o totalmente, viéndose en la obligación de garantizar las intervenciones de manera particular. Dice que la EPS le dio respuesta sobre su reembolso el 11 de diciembre de 2019 luego de un trámite de tutela e incidente de desacato donde manifiestan el conocimiento de la evolución de sus atenciones argumentando que ya habían autorizado la intervención desde el 17 de mayo de 2019, situación que aduce nunca le fue informada ya que el 05 de junio de 2019 lo que se autorizó fue la consulta con especialista y no la cirugía, por lo que ante su silencio atendió particular su atención. Niega de ese modo, que Redvital UT haya garantizado la oportunidad y eficacia de la intervención, sino que contrario a ello, no fue oportuna con las autorizaciones y por tanto al cubrir un gasto que no le correspondía debe ser ese valor reembolsado.

En el término pertinente, las partes presentaron sus alegaciones de segunda instancia, con argumentos semejantes a los expuestos en las etapas procesales transcurridas en primer grado.

CONSIDERACIONES

Previo a resolver lo que corresponde, importa resaltar que en este asunto, se encuentra por fuera de discusión la calidad de afiliada de la demandante a Redvital UT como cotizante activa del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (Pág. 7 Archivo 1), quien sufrió una caída de su propia altura el 14 de mayo de 2019 que dio lugar a un procedimiento quirúrgico ambulatorio programado bajo atención privada llevado a cabo el 30 de mayo de 2019 (Archivo 6.1), correspondiendo a esta Sala determinar si el delegado para la función jurisdiccional y de conciliación adoptó la decisión acertada de negar el reembolso médico pedido, o si por el contrario debe ordenarse conforme a lo cubierto por atención particular de cuenta de la *“luxación de la articulación del tobillo”* sufrida.

Pues bien, en primer lugar, es preciso señalar que el Sistema General de Seguridad Social en salud, garantiza el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye su promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, de conformidad con lo normado en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015.

Ahora, el numeral 3º del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 establece como uno de los fundamentos pilares del sistema el de la protección integral, que implica brindar la atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud.

De cara al tema, es preciso acudir a la Resolución N° 5261 de 1994 proferida por el Ministerio de Salud, contentiva del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en donde han sido

precisados los eventos concretos en los que opera el reembolso, así como el trámite para su obtención, 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. 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 tengan 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...”

En ese orden, la mentada Resolución prevé los casos en los que una EPS debe reconocer a los afiliados los gastos en los que han incurrido por su cuenta y son: 1) Tratándose de atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., 2) Cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y 3) En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Con análisis del material probatorio con el que se cuenta, se tiene que en efecto, la demandante sufrió una caída de su propia altura el 14 de mayo de 2019 que le generó una “luxación de la articulación del tobillo”, atendida en una primera oportunidad por urgencias de la IPS Clínica las Vegas y luego, fue llevada por su familia al Hospital Pablo Tobón Uribe donde se evaluó por la especialidad de ortopedia y traumatología, ingreso que fue informado a Summimedical S.A.S. y la atención facturada como responsable del pago (Archivo 6) dado que el Hospital tiene contrato con dicha EPS. El plan de manejo estuvo encaminado a una “reducción de

fracturas y luxaciones” con sedación moderada realizado el 15 de mayo de 2019 y se da de alta con orden de cirugía (Págs. 33-44 archivo 6.2). Ya para el 30 de mayo de 2019 se realiza una “osteosíntesis de fractura de tobillo” bajo anestesia general, servicio que la paciente tomó de manera particular, por lo que no se reportó a la entidad responsable el pago (Pág. 2 Archivo 6), para lo que previamente fue autorizada por Summimedical una tomografía axial computada de miembros inferiores y articulaciones (Pág. 38 Archivo 1), y posterior a la intervención, la EPS dio continuidad a la atención (Págs. 53-63 Archivo 1) para revisión del tobillo y para atender el síncope relacionado que reveló una hipertensión arterial.

Es en virtud de lo que refleja la documental y específicamente la historia clínica, con trascendencia del informe rendido por el Hospital Pablo Tobón Uribe a partir de la prueba de oficio decretada por la dependencia que conoció el asunto (Archivo 6), que aun cuando la atención que se brindó por el Hospital desde el mismo 14 de mayo de 2019 se permitió bajo el convenio vigente con Redvital UT asumida por esta en cuanto al dispendio económico, donde tal IPS por demás contaba con el servicio de especialista que buscaba la paciente, decidió acceder a la atención de manera particular, sin que exista convicción plena de una negativa, o una tardanza injustificada en el marco de los parámetros de integralidad y eficiencia, no pudiendo ello derivarse de la decisión adoptada por la usuaria, pues para los efectos dinerarios buscados debió probarse con suficiencia que la EPS actuó con negligencia y que fue tal conducta en consideración a la edad de la paciente y a su cuadro clínico la que conllevó a la asunción de cuenta propia.

Es verdad que el arribo al Hospital Pablo Tobón Uribe ocurrió por decisión de la familia cuando dispusieron sobre el alta voluntaria en la Clínica Las Vegas, pero atendiendo el convenio con su EPS, la intervención y las ayudas diagnósticas no tuvieron que correr por cuenta de la paciente, por lo que no existe un registro que despliegue el comportamiento omisivo que se endilga, reflejando el historial médico contrario a ello, una intervención

eficiente de la IPS que actúa sujeta a las autorizaciones de la EPS, sin que pueda pregonarse más allá de suposiciones que fue así solo por el cubrimiento directo de parte de la paciente, ya que lo certificado por el Hospital se refirió a que el procedimiento realizado el 30 de mayo de 2019 no fue facturado a la EPS encargada por ser manifestado de parte de la paciente que tomaría el servicio de manera particular, de donde es posible sugerir que de uno u otro modo el servicio se hubiera prestado con cargo a la EPS, simplemente que en virtud a los parámetros legales a los que las entidades promotoras de salud y prestadoras están sometidas, deben gestionarse las autorizaciones de servicio contenidos en el Plan Obligatorio de Salud bajo las estipulaciones y procedimientos reglados por el Ministerio de Salud contenidas en actos administrativos como la Resolución 4331 de 2012, el procedimiento requerido por la señora Patiño debía gestionarse al tratarse de uno programado, de lo que finalmente se abstuvo la IPS dadas las circunstancias, contexto en el que no se permite enrostrar un acto de desidia ante la demandante, ya que ni siquiera se dio paso al proceso de autorización, evidenciando que lo ocurrido es que la usuaria se anticipó a la tardanza y eligió cubrir el gasto de forma inmediata para pretermitir los tiempos que estas autorizaciones de servicios llevarían que por demás tienen el carácter de legal.

Es bajo esos términos que no puede atribuirse como se definió en la sentencia atacada en relación con el procedimiento de la demandante, una negativa que derivara de la EPS con obstáculo para la materialización del servicio médico, pues no así se colige del historial clínico donde se tiene registrada cada una de las intervenciones médicas, lo que denota la renuncia de la paciente a que la EPS responsable de garantizar por su cuenta la prestación del plan obligatorio de salud, cubriera la intervención que bajo voluntad propia decidió proveer.

En esos términos, encuentra esta Sala de Decisión que los presupuestos requeridos para obtener el reembolso médico buscado no se hallan satisfechos, en la medida que es ausente el material probatorio que


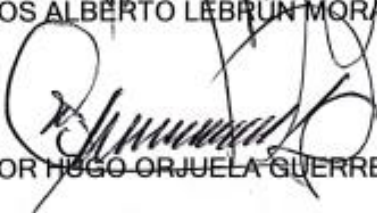

demuestre una incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de parte de la Entidad Promotora de Salud, lo que conlleva a que la providencia revisada sea confirmada.

DECISIÓN:

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior de Medellín, Sala Quinta de Decisión Laboral, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley, **CONFIRMA** la sentencia apelada de fecha y procedencia conocidas y que fuere emitida por la Superintendencia de Salud.

Notifíquese la presente decisión por EDICTO (num.3°, lit. d., art. 41 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social en concordancia con el auto 550-2021 CSJ).

Los Magistrados,


CARLOS ALBERTO LEBRÚN MORALES

VÍCTOR HUGO ORJUELA GUERRERO

SANDRA MARÍA ROJAS MANRIQUE

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
SALA LABORAL**



**SECRETARÍA
EDICTO**

El Secretario de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Medellín:

HACE SABER:

Que se ha proferido sentencia en el proceso que a continuación se relaciona:

Radicación: 05001310500020220010501
Proceso: ORDINARIO LABORAL
Demandante: ANA DEL SOCORRO PATIÑO RAMIREZ
Demandado: SUMMEDICAL REDVITAL UT
M. P. CARLOS ALBERTO LEBRUN MORALES
Fecha de fallo: 28/03/2023
Decisión: CONFIRMA

El presente edicto se fija por el término de un (01) día hábil, con fundamento en lo previsto en el artículo 41 del CPTSS, en concordancia con el artículo 40 *ibídem*. La notificación se entenderá surtida al vencimiento del término de fijación del edicto.

Se fija hoy 29/03/2023 desde las 08:00 am. y se desfija a las 05:00 pm.

RUBÉN DARÍO LÓPEZ BURGOS
Secretario