

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
DE BOGOTÁ D.C.
SALA LABORAL.

MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN.

PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR ANDRÉS MAURICIO BUENO CARRANZA CONTRA MEDIMÀS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN (RAD 00 2022 00372 02).

En Bogotá D.C., a los treinta (30) días del mes de mayo de dos mil veintitrés (2023), estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano la siguiente,

S E N T E N C I A

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por la apoderada de la demandada **MEDIMAS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN**, contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 20 de octubre de 2022, S2022-001051 (Exp. Digital: «13. SENTENCIA Y NOTIFICACIONES.pdf») en la que se resolvió:

PRIMERO.-	OBEDEZCASE Y CÚMPLASE lo resuelto por el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá, Sala Laboral, en providencia del 23 de febrero del 2022.
SEGUNDO.-	ACCEDER PARCIALMENTE a la pretensión formulada por el señor Andres Mauricio Bueno Carranza, identificado con cédula de ciudadanía No.14.282.944, en contra de MEDIMAS EPS, por las consideraciones anteriormente señaladas.
TERCERO.	ORDENAR a MEDIMAS EPS, hoy en liquidación, el reconocimiento económico y pago a favor del señor Andres Mauricio Bueno Carranza, identificado con cédula de ciudadanía No.14.282.944, la suma de sesenta y siete millones trescientos treinta y cuatro mil cuatrocientos doce pesos m/cte (\$ 67.334.412), teniendo en cuenta lo dispuesto en el Decreto 2555 de 2010, que consigna las reglas para el pago de obligaciones litigiosas originadas durante el proceso liquidatorio.
CUARTO. -	Sin condena en costas.
QUINTO. -	APELACIÓN. La presente sentencia puede ser objeto del recurso de apelación para que de ella conozca, en segunda instancia, el Tribunal Superior del Distrito Judicial, Sala Laboral, del domicilio del apelante. El recurso de apelación deberá interponerse ante este despacho, dentro del término de tres (3) días, contados a partir del día siguiente a la notificación de la sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1º del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6º de la Ley 1949 de 2019.
SEXTO. -	NOTIFICAR la presente sentencia, a la DEMANDADA, enviando copia de esta, al correo electrónico del Agente Especial Liquidador de MEDIMAS EPS EN LIQUIDACIÓN, Faruk Urrutia Jalilie o quien haga sus veces, ello en cumplimiento de lo establecido en la Resolución 202151000124996 del 26 de julio de 2021; y
	Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación: en la dirección de notificación judicial registrada ante la Superintendencia

Inconforme con la decisión, la apoderada de la demandada **MEDIMAS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN**, presentó recurso de apelación aduciendo, en síntesis, que es improcedente la orden de reembolso del gasto médico, puesto que, no se encuentra obligada a reconocer el pago de aquellos reembolsos por concepto de servicios de salud que no fueron autorizados ni suministrados por sus prestadores. Lo anterior, en la medida en que la EPS tiene contratada una red de prestadores que garantizaba el suministro y la prestación de los diferentes servicios de salud requeridos para el tratamiento de la patología del afiliado de acuerdo con la cobertura que ofrece el Plan Obligatorio de Salud; de manera que, cuando el usuario no hace uso de los servicios ofrecidos por la EPS y en su lugar decide acudir a una institución o a un médico particular, los costos generados para atender dicha atención deben ser asumidos con su propio peculio.

Adicionalmente señaló, recibió la reclamación G-2019-305359 del 26 de junio de 2019, por medio de la cual se solicitó el reembolso de dinero por gastos en que incurrió Andrés Mauricio Bueno Carranza por concepto de atención de urgencias y procedimiento quirúrgico por fístula entérica por cuerpo extraño malla en el hospital universitario de la fundación Santa Fe de Bogotá, reclamación que fue respondida el 5 de julio de 2019, informando que la misma no fue aprobada, conforme a las siguientes causales:

“(…) Los procedimientos EL LAVADO, DESBRIDACION Y DRENAJE DE MATERIAL INTESTINAL POR FISTULAS ENTERICAS, COLGAJO DE PIEL COMPUESTOS DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS, ANASTOMOSIS, INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS realizados de manera particular en la IPS Hospital Universitario Fundación Santa Fe De Bogotá, en el momento de su realización no contaba con la autorización de la EPS Medimás, el usuario ingreso como particular la IPS nunca solcito autorización de la atención a la EPS Medimás, la EPS no ha realizado negación del servicio , es necesario indicar que el decreto 4747 en sus artículos 15 y 16 hace referencia a los procedimientos ambulatorios y aclara lo siguiente: Artículo 15. Solicitud de servicios electivos. Si para la realización de servicios de carácter, Electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios De salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el Prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el Formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social. Artículo 16. Respuesta de autorización de servicios electivos. Las entidades responsables Del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de Autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social. Recuerde que en ningún

caso la Entidad Promotora de Salud podrá hacer reconocimientos económicos, ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas.

La EPS MEDIMAS en el departamento de Cundinamarca cuenta con la IPS SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSÉ y clínica Precordio Hospital San José Infantil, quienes, cuentan con la totalidad de la infraestructura y personal humano para la atención en salud integral de todos los usuarios.

Toda solicitud de reembolso para su aprobación deben cumplir con los requisitos establecidos en la resolución 5261 de agosto 5 de 1994 , como es 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, ya que la EPS Medimás maneja recursos públicos y es sujeto de vigilancia y control por parte dela Superintendencia Nacional de Salud, motivo por el cual requiere un proceso de validación y autorización para que se proceda al mismo, lo cual se llevó a cabo en el presente caso. (...)"

Por lo anterior, argumentó, se garantizó la prestación de los servicios en salud requeridos por el afiliado; no obstante, su retiro fue voluntario y el ingreso a la Fundación Clínica Santa fue de forma particular, desconociendo los servicios prestados por la EPS. Así las cosas, acotó, bajo los preceptos de la Resolución 5261 de 1994, la EPS no puede reconocer servicios que se tenía la viabilidad de ser prestado por parte de la red, y frente a los cuales el usuario omitió solicitar la autorización.

Aunado a los argumentos esbozados con anterioridad, precisó un incumplimiento de las obligaciones del usuario conforme a lo establecido en la Ley estatutaria 1751 de 2015, artículo 10, que reza:

“ARTÍCULO 10. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. Son deberes de las personas relacionadas con el servicio de salud, los siguientes:

- a. Propender por su autocuidado, el de su familia y el de su comunidad;*
- b. Atender oportunamente las recomendaciones formuladas en los programas de promoción y prevención;*
- c. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas;*
- d. Respetar al personal responsable de la prestación y administración de los servicios de salud;*
- e. Usar adecuada y racionalmente las prestaciones ofrecidas, así como los recursos del sistema;*
- f. Cumplir las normas del sistema de salud;*
- g. Actuar de buena fe frente al sistema de salud;*
- h. Suministrar de manera oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos del servicio;*
- i. Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.” (Negrita y subraya fuera de texto)*

Como quiera que no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, se procede a resolver lo pertinente, previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar, la Sala Laboral de esta Corporación tiene competencia para dirimir el fondo del presente asunto, pues en virtud del artículo 116 constitucional, la Superintendencia Nacional de Salud fue investida de funciones jurisdiccionales por el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por la Ley 1949 de 2019, (artículo 6) disponiéndose para estos efectos, el procedimiento establecido en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998, modificado por el artículo 52 de la Ley 510 de 1991.

En este orden de ideas, constituyó el anhelo del demandante **ANDRÉS MAURICIO BUENO CARRANZA** se ordene a MEDIMÁS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN reembolsarle la suma de \$72.763.532, así (página 3, documento DemandaJurisdiccionalDeReconocimientoEconomico.pdf, archivo01):

Que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ORDENÉ el RECONOCIMIENTO ECONÓMICO de la suma de (\$72'763.532) SETENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y TRES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS y los intereses de los gastos en que incurrió por concepto de la atención de urgencias, de la entidad promotora de salud MEDIMÁS EPS SAS.

Como sustento fáctico de las pretensiones, el actor invocó los siguientes hechos (Páginas 1 y 2, ibidem):

- MEDIMÀS EPS S.A.S, es la entidad aseguradora que cubre sus gastos en salud desde el año 2015.
- Actualmente se encuentra al día en los aportes a la seguridad social integral, trabajando para la empresa Nueva Era, en el cargo de vigilante y con una asignación de un salario mínimo legal mensual vigente.
- Es padre cabeza de familia, ya que su esposa colabora con los hijos y la administración del hogar, por tanto, todos los gastos de arriendo, alimentación, educación y servicios, son asumidos con su salario.
- En el mes de octubre de 2018, empezó a sentir un dolor abdominal fuerte, por lo que, inicialmente consultó en la Clínica Tunja, donde le realizaron unos exámenes arrojando como diagnóstico “eventración abdominal”, allí mismo le informaron que no podían hospitalizarlo dada la situación de la EPS.
- Ante tal situación, y atendiendo que le enviaron curaciones, antibióticos y le informaron que no había fistula, así como no existió un trámite de remisión oportuna de la IPS decidió salir voluntariamente de la Clínica de Tunja.
- El 7 de octubre de 2018, continuaron los dolores e ingresó por urgencias al Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá, lugar donde estuvo hospitalizado al serle recomendada una cirugía inmediata, esto, en razón al análisis que efectuaron los médicos frente a los exámenes practicados en la IPS Medilaser de Tunja.
- La cirugía se recomendó en aras de evitar una peritonitis y salvar su vida por el diagnóstico de “*FISTULA ENTÉRICA POR CUERPO EXTRAÑO MALLA, INFECCIÓN DE MALLA*”.

- MEDIMÁS EPS, fue enterada desde el ingreso ya que pagó algunos días de hospitalización, no obstante, por la situación que atraviesa no autorizó a tiempo los demás servicios y debido a un desorden administrativo.
- La EPS a la que se encuentra afiliado no emitió las autorizaciones necesarias para iniciar el procedimiento debido a la urgente necesidad de la cirugía desde el ingreso a la Clínica, no obstante, adujo, como se demuestra en la Epicrisis, se sabía que sí tenía convenio con MEDIMÁS EPS.
- Ante la desesperación de un fatal desenlace fue necesario asumir el pago con gastos propios (a través de préstamos de la familia).
- El procedimiento quirúrgico tuvo un costo de \$72'763.532 el cual fue necesario pagar para que le salvaran la vida, deuda que afectó desproporcionadamente la estabilidad económica y la de su familia.
- Siguió el procedimiento establecido por la EPS para el reembolso de esos recursos, radicando y aportando todos los soportes necesarios, empero, MEDIMÁS EPS S.A.S, negó el pago del reembolso aduciendo que no había autorizado el procedimiento, debiendo esperar la remisión a una IPS de la red.
- Su condición económica es muy precaria, razón por la cual no ha podido pagar la suma de dinero a los acreedores, situación que le ha acarreado inconvenientes en relación con el mínimo vital y ha afectado desproporcionalmente su estabilidad económica y la de su familia.

La demanda se admitió mediante proveído del 21 de julio de 2020 (Exp. Digital: «2. *AUTO ADMISORIO Y NOTIFICACIONES.pdf*».) y se corrió traslado a la demandada con el fin de que contestara y allegara las pruebas que consideraran conducentes y pertinentes, igualmente se requirió al prestador de servicios HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN SANTA FÉ DE BOGOTÁ, con el fin de que informara:

- ✓ Si el señor Andrés Mauricio Bueno Carranza, identificado con cédula de ciudadanía No. 74.282.944, fue atendido como paciente particular, por el servicio de urgencias, por el servicio de consulta externa, o remitido por su entidad aseguradora.
- ✓ Si realizó el proceso de verificación de derechos del usuario, identificando la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demandara y el derecho a ser atendido.
- ✓ Si hace parte de la red de prestadores de MEDIMÁS EPS, y, de ser así, desde qué fecha.
- ✓ Si el señor Andrés Mauricio Bueno Carranza o alguno de sus familiares informó su afiliación en MEDIMÁS EPS.
- ✓ Si realizó el proceso de verificación de derechos del usuario, identificando la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demandara y el derecho a ser atendida.
- ✓ Si informó a MEDIMÁS EPS, el ingreso del señor Andrés Mauricio Bueno Carranza.
- ✓ En caso de urgencia, si realizó el proceso de referencia y contra referencia del señor Andrés Mauricio Bueno Carranza.
- ✓ Aporte copia de la factura de venta y/o certifique el pago con ocasión a los servicios de salud prestados y requeridos por el señor Andrés Mauricio Bueno Carranza
- ✓ Aporte copia de la historia clínica del señor Andrés Mauricio Bueno Carranza, identificado con cédula de ciudadanía No. 74.282.944.

Surtido el trámite procesal correspondiente, MEDIMÁS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN contestó (*Exp. Digital: «3. CONTESTACION DEMANDA NURC 202182300221702»*) solicitando se negaran las pretensiones de la demanda, toda vez que no se encuentra obligada a reconocer el pago de aquellos reembolsos por concepto de servicios de salud que no fueron autorizados ni suministrados por sus prestadores. Lo anterior, teniendo en cuenta que la EPS tenía contratada una red de prestadores que garantizaba el suministro y la prestación de los diferentes servicios de salud requeridos para el tratamiento de la patología del afiliado, de manera que, cuando el usuario no hace uso de los servicios ofrecidos por la EPS y en su lugar decide acudir a una institución o a un médico particular, los costos generados para atender dicha atención deben ser asumidos con su propio peculio.

Añadió, los procedimientos “LAVADO, DESBRIDACION Y DRENAJE DE MATERIAL INTESTINAL POR FISTULAS ENTERICAS, COLGAJO DE PIEL COMPUESTOS DE VECINDAD ENTRE CINCO A DIEZ CENTIMETROS CUADRADOS, ANASTOMOSIS, INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS” realizados de manera particular en la IPS Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, no contaban con la autorización de la EPS Medimás, pues en su sentir, el usuario ingresó como particular a la IPS y nunca solicitó autorización, resaltó, la EPS no ha realizado negación del servicio.

Sostuvo, la EPS MEDIMAS en el departamento de Cundinamarca cuenta con la IPS SOCIEDAD DE CIRUGIA HOSPITAL SAN JOSÉ y CLÍNICA PRECORDIO, HOSPITAL SAN JOSÉ INFANTIL, quienes, cuentan con la totalidad de la infraestructura y personal humano para la atención en salud integral de todos los usuarios.

De igual manera indicó, la solicitud de reembolso presentada por el demandante debe cumplir los requisitos contenidos en la Resolución 5261 de 1994, por lo cual considera que la solicitud presentada no tiene plena validez.

Sea del caso indicar, mediante Sentencia S2021-001721 del 26 de octubre del 2021 la Superintendencia Nacional de Salud, había accedido parcialmente a la pretensión incoada por el demandante, ordenando a MEDIMAS EPS, reconocer y pagar la suma de (\$67.344.412), por concepto de los gastos en que incurrió por la atención de urgencias recibida en el Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá. Asimismo, la sentencia fue impugnada en dicha oportunidad, según escrito radicado con NURC 20219300403398272 del 27 de octubre del 2021 por el demandante y por la entidad demandada mediante escrito radicado con NIJRC 20219300403450442 del 3 de noviembre de 2021.

No obstante, el Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá D.C. Sala Laboral, a través de providencia calendada del 23 de febrero de 2022, al avocar conocimiento del asunto, resolvió:

En el caso de autos, luego de revisado en su integridad el trámite procesal, advierte la Sala, en la sentencia de primer grado (fs. 23 y 24), se tuvo en cuenta la "verificación de documentos médicos" realizada por el profesional de la salud Hernando Enrique Quevedo, integrante del grupo de apoyo interdisciplinario de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, mismo que según se lee en el cuerpo de la sentencia, hizo parte integrante de la decisión de fondo y sirvió como fundamento de la misma. No obstante, se echa de menos en el expediente el documento completo correspondiente a la revisión técnica, del cual únicamente se citan algunos apartes en la citada sentencia; también se echa de menos el traslado de dicho documento a las partes para que ejercieran su derecho de defensa y contradicción.

Al respecto, es importante mencionar, si bien el a quo cuenta con la facultad para decretar y practicar pruebas de oficio que sean indispensables para el completo esclarecimiento de los hechos controvertidos, tal y como lo establece el artículo 54 del C.P.T y la S.S., dicha facultad debe estar sometida a las reglas procesales establecidas en las normas adjetivas citadas, de manera que se garanticen los derechos fundamentales de las partes. Sin embargo, estas circunstancias en el asunto puesto en conocimiento de esta Corporación fueron omitidas por la Superintendencia, pues no se observa al interior del proceso decisión por medio de la cual se ordene el decreto y práctica de la mentada "verificación de los documentos médicos".

En ese orden, para esta Sala de Decisión no son de recibo los argumentos esgrimidos por el a quo en su sentencia, relativos a no tener que correr traslado al informe rendido por el médico Hernando Quevedo, profesional de la SNS, que sustentó en lo resuelto por otra Sala de decisión de este Tribunal en el año 2018 ya que, tal como se anotó precedentemente, no se incorporó el informe a las diligencias, no se observa que dicha actuación haya sido puesta en conocimiento de las partes y tampoco se les dio la oportunidad de descorrer el traslado y ejercer una eventual contradicción; sin embargo, dicho documento sí fue tenido como medio de prueba, hecho que a todas luces resulta violatorio del derecho fundamental al debido proceso (artículo 29 CN) y que conlleva a que la misma resulte ser nula.

Superados los anteriores escenarios, por cuanto la Superintendencia Nacional de Salud no tuvo en cuenta el informe técnico emitido por el Doctor Hernando Enrique Quevedo en esta oportunidad, como integrante del Grupo de Apoyo Especializado, conforme los supuestos fácticos señalados y el acervo probatorio recaudado, la juzgadora inicial mediante providencia del 20 de octubre del 2022 (Exp. Digital: «13.

SENTENCIA.pdf») accedió a la pretensión incoada por el demandante y ordenó a MEDIMÁS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN, reconocer y pagar a favor de ANDRÉS MAURICIO BUENO CARRANZA la suma de \$67.334.412. Lo anterior tras considerar que MEDIMÁS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN no garantizó la oportunidad, continuidad ni integralidad en la atención medica que requería el demandante

Luego de realizar el análisis de los procedimientos realizados al actor, concluyó, el cuadro clínico padecido por el señor Bueno Carranza, se constituyó en un servicio de urgencia.

Arguyó la juzgadora, frente a la actuación desplegada por parte de MEDIMÁS EPS, si bien es cierto, la demandada excepciona que fue el usuario quien firmó salida voluntaria de la IPS MEDILASER Tunja e ingresó como particular a la Fundación Santa Fe de Bogotá, la EPS está desconociendo que dicha dejación voluntaria se fundamentó, en que en la tomografía de abdomen que le fue practicada con el mencionado prestador se evidenciaron eventración de pared abdominal con asas intestinales contenidas y rodeadas de colección inflamatoria que drenaban hacia el plano cutáneo, por lo que debía ser valorado por la especialidad de cirugía general y al no contar con disponibilidad de la mencionada especialidad, decidieron trasladarse hasta la ciudad de Bogotá e ingresar con un prestador de cuarto nivel.

Aunado a ello, evidenció de la facturación allegada por el prestador Fundación Santa Fe de Bogotá, que MEDIMÁS EPS, si tuvo conocimiento del ingreso del paciente en el entendido que algunos de los servicios fueron facturados y asumidos por la demandada, tal y como se observa en las pre - facturas No. FSFB5074127 y FSFB5074128, donde aparece convenio con MEDIMÁS EPS. Así las cosas, reiteró, debió la EPS asumir el valor total de las atenciones bajo el principio de integralidad de la atención, máxime cuando se trató de un servicio de urgencias.

En cuanto a la excepción de que *"el paciente incumplió con su deber legal de suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información que se requiera para efectos de recibir el servicio"*, expuso, la demandada desconoce que el paciente ingresó por servicio de urgencias por lo que, los trámites administrativos entre IPS y EPS, para la autorización de los servicios no deben ser trasladados a

los pacientes y familiares; al tratarse de una obligación de los prestadores notificar el ingreso y solicitar las órdenes ante la EPS.

En este orden, en virtud del principio de consonancia, procede la Sala a resolver el objeto de apelación, en los puntos concretos objeto de censura, pues recuérdese que es el apelante quien delimita el ámbito sobre el cual ha de recaer la decisión de segunda instancia (*tantum devolutum quantum appellatum*).

Así las cosas, en primer lugar, es del caso señalar, no fue motivo de controversia en el trámite del proceso, ni lo es ahora, que ANDRÉS MAURICIO BUENO CARRANZA, identificado con cédula de ciudadanía No. 14.282.944 estaba afiliado a MEDIMÁS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN para la época de los hechos, situación que fue así determinada por la juez de primer grado, no discutida en esta instancia.

Tampoco se discute que el señor ANDRÉS MAURICIO BUENO CARRANZA, asumió directamente el pago del procedimiento médico denominado «*Anatomía patológica Derechos de sala, Derechos de urgencia, Enfermería, Estancias, Imagenología, Insumos, Laboratorio Procedimientos médicos y quirúrgicos*» en cuantía total de **(\$67.334.312)**, aspecto que por demás se corrobora en las páginas “1 a 14 del archivo 01, documento 4.3 Copia de las facturas donde consta el pago efectuado”.

Si bien, la demanda se dirigió por un valor de \$72.763.532, debe advertirse, la juzgadora de primera instancia condenó en la suma de \$67.334.412, descontando el monto efectuado por la FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ en cuantía de \$4.233.114 y el concepto de acompañante por valor de \$1.196.800 por ser improcedentes su recobro, aspecto que no fue objeto de reparo por el demandante.

Así pues, para dirimir la controversia traída a los estrados, bueno resulta recordar la norma reguladora en materia de reconocimiento de devolución de dineros frente a los gastos en que incurre el afiliado, esto es, el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, la cual consagra:

«Artículo 41. Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:

(...)

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:

1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.

2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.

3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.”

Además, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, emitida por el Ministerio de Salud «Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimiento del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud», preceptúa:

«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»¹ (Negrilla y subrayas de la Sala).

Precisado lo anterior, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas por la falladora de primer grado para soportar su decisión, es menester traer a colación, el criterio sentado por la Corte Constitucional en cuanto al acceso a los servicios de salud los cuales deben ser oportunos, eficientes y de calidad, como así se consignó en aparte pertinente de la Sentencia T-163 de 2013, que a continuación se cita:

«Las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que requieran. Por esta razón, ha dicho que una entidad viola el derecho a la salud en cualquiera de los

¹ <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/>

regímenes previstos en la Ley 100 de 1993, si se constata que ha negado la autorización de un servicio incluido en el plan obligatorio, o un servicio excluido de él. En este último caso, ello se justifica en las ocasiones en que el servicio ha sido ordenado por el médico tratante, su realización implica la vida y la integridad de quien lo requiere, y no puede ser sustituido por otro que haga parte del plan obligatorio. La prestación del servicio de salud debe ser oportuna, eficiente y de calidad.

Estos componentes del derecho a la salud se desconocen principalmente cuando el servicio ha sido autorizado por la entidad prestadora de salud, pero la persona no tiene acceso material a él, en el momento y las condiciones necesarias para que contribuyan efectivamente a la recuperación o control de la enfermedad. La Corte ha dicho que **el servicio debe prestarse en un tiempo y modo conveniente. De lo contrario se amenaza gravemente la salud de la persona que deberá someterse, por ejemplo, a un intenso dolor o al deterioro de su patología**» (Negrilla de la Sala).

En el mismo sentido se pronunció en sentencia T-195 de 2010:

«4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud que se requieran, con calidad, eficacia y oportunidad

Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios que requieran, es decir, aquellos indispensables para conservar la salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o la dignidad. En ese sentido, las empresas prestadoras de salud (del régimen contributivo y subsidiado), están en el deber de garantizar dicha prerrogativa sin importar si los servicios requeridos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido.

Por consiguiente, “si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.”

Ahora bien, este derecho que tienen los usuarios del sistema de seguridad social en salud, implica que el acceso al servicio se realice de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Así, en los eventos en los que un servicio médico que se requiera - incluido en el POS – haya sido reconocido por la entidad en cuestión, pero su prestación no se garantizó oportunamente, generando efectos tales en la salud, como someter a una persona a intenso dolor, se presenta una violación del derecho a la salud y el mismo debe ser objeto de tutela por parte del juez constitucional. En ese sentido, cuando “el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente a una persona, puede conllevar además de un irrespeto a la salud por cuanto se le impide acceder en el momento que correspondía a un servicio de salud para poder recuperarse, una amenaza grave a la salud por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente.”

De forma similar, esta Corporación ha enfatizado en que los servicios de salud que se presten a los usuarios deben ser de calidad.

(...)

El principio de integralidad, desarrollado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, ha sido asociado con la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante. Al respecto ha dicho esta Corporación que “(...) la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro

de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud” (Negrilla de la Sala

(...)

La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas» (Subrayado de la Sala).

Así pues, advierte la Corporación, según historia clínica aportada al expediente, el demandante desde el año 2016 presentó diagnóstico de apendicitis aguda; el cual, luego de una complicación ocasionó una peritonitis fecal con la subsecuente resección del hemicolon derecho + ileostomía con bolsa de colostomía con la cual duró 13 meses. De manera posterior, en el mes de enero 2018, le fueron realizados los procedimientos quirúrgicos de cierre de ileostomía + corrección eventración con malla de polipropileno, con posterior Infección de la malla abdominal, que requirió hospitalización para antibiótico terapia por veinte (20) días y consulta ante IPS Medilaser de la ciudad de Tunja para manejo por la especialidad de Cirugía General.

Posteriormente, el día 5 de octubre de 2018, el señor Andrés Mauricio ingresó al servicio de urgencias de la Clínica Medilaser en la ciudad de Tunja, al presentar absceso abdominal con fistula dermocutanea, razón por la cual al ser valorado por medicina general le fue ordenado antibiótico, curaciones y pendiente servicio de hospitalización; sin embargo, el paciente y familiares firmaron salida voluntaria e ingresaron el día **7 de octubre de 2018**, al servicio de urgencias del Hospital Universitario IPS Fundación Santafé de Bogotá de la ciudad de Bogotá, donde ingresó al área de “Urgencias - Triage 3” con diagnósticos de severa desnutrición proteico-calórica, fistula enteral por cuerpo extraño (malla) trayecto fistulo supra prótesis, infección de malla, antecedente de colectomía derecha, abdomen abierto, eventroplastia con malla, razón por el cual cirugía general ordenó la recuperación nutricional, la cobertura antibiótica y el día 18 de octubre de 2018, le fueron practicados los procedimientos quirúrgicos por laparotomía resección de cuerpo extraño — malla de prolene - resección intestinal segmentaria, anastomosis

intestino delgado, liberación de adherencias peritoneales e intestinales, lavado peritoneal y colocación de dispositivo de región subatmosférica; el día 22 de octubre 2018, lavado quirúrgico peritoneal y cierre de la pared abdominal, situaciones y procedimientos que se constatan con la documental aportada en el Exp. Digital: «1. DEMANDA NURC -12020-367938, documento 4.1. y 4.2».

Ahora bien, se observa, el día 04 de noviembre de 2018 la EPS MEDIMÁS, inició la cobertura de las prestaciones en salud porque ese día la IPS Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá le informó a la EPS que estaba prestando los servicios de salud al señor Andrés Mauricio Bueno Carranza, situaciones y procedimientos, que fueron de pleno conocimiento de la aquí demandada, aunado a ello, se puede constatar de la facturación allegada por la IPS Fundación Santa Fe de Bogotá, que MEDIMÁS EPS, sí tuvo conocimiento del ingreso del paciente en el entendido que algunos de los servicios fueron facturados y asumidos por la demandada, en principio, tal y como se observa en las pre - facturas No. FSFB5074127 y FSFB5074128, donde aparece convenio con MEDIMÁS EPS (archivo 05, Respuesta NURC 20219300403409012).

Evidenciado lo anterior, es claro entonces, MEDIMÁS EPS S.A.S. EN LIQUIDACIÓN no actuó con la suficiente diligencia al no brindar efectivamente el acceso del paciente a los procedimientos requeridos, aun, tratándose de asistencia médica que comprometía la vida, teniendo en cuenta que pese a atenderlo en la Clínica de Tunja Medilaser, no le efectuaron los exámenes necesarios para dar con un diagnóstico certero y que le brindara tranquilidad al paciente, siendo entonces un derecho escoger al perito de su preferencia², siendo deber de la EPS expedir las autorizaciones de los servicios necesarios sin dilatar los procedimientos, muchos más se itera, cuando las IPS comunican que el paciente se encuentra en urgencias. En este punto, y atendiendo un argumento de apelación, no se comparte que el actor deba solicitar autorización, cuando quién ingresa a urgencias no tiene porque asumir dichas cargas dada la necesidad de la valoración, siendo, además, desatinado imponer esta carga cuando prima la vida del paciente.

² Dentro de los derechos del paciente está consagrado el derecho del paciente "a la segunda opinión médica", en la Ley 23 de 1981 que reglamenta el código de ética médica y su Decreto Reglamentario 3380 de 1981, la Ley 1751 de 2015 Ley Estatutaria de la Salud artículos 6.

Al respecto, cabe recalcar que, a efectos de garantizar la atención de urgencias, no es necesario, que la IPS particular tenga que solicitar autorización o permiso a la EPS a la cual se encuentra afiliado el paciente³, ya que toda IPS que preste servicios de salud está en la obligación de atender a la población que acuda ante una alteración de la integridad física o mental que genere una atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte, de manera que en el asunto, la IPS Fundación Santa Fe de Bogotá, no requería de parte de la EPS una autorización previa para atender de manera urgente al señor Bueno Carranza, siendo entonces la EPS traída a juicio la responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud suministrados a su afiliado, en virtud del principio de integralidad desarrollado y definido por la Corte Constitucional.

Nótese, que la EPS enjuiciada, fue negligente en el tratamiento del diagnóstico de

³ ARTÍCULO 2.5.3.2.7. Respuesta de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a las solicitudes de autorización de servicios siguiendo los procedimientos, mecanismos y en el formato que determine el Ministerio de Salud y Protección Social. Este proceso no podrá ser trasladado al paciente o su acudiente y es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago.

La respuesta a la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención de urgencias, deberá darse por parte de la entidad responsable del pago, dentro de los siguientes términos:

1. Para atención subsiguiente a la atención de urgencias: Dentro de las dos (2) horas siguientes al recibo de la solicitud.

2. Para atención de servicios adicionales: Dentro de las seis (6) horas siguientes al recibo de la solicitud.

Atendiendo el procedimiento señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social, de no obtenerse respuesta por parte de la entidad responsable del pago dentro de los términos aquí establecidos, se entenderá como autorizado el servicio y no será causal de glosa, devolución y/o no pago de la factura.

PARÁGRAFO 1. Cuando las entidades responsables del pago de servicios de salud, consideren que no procede la autorización de los servicios, insumos y/o medicamentos solicitados, deberán diligenciar el Formato de negación de servicios de salud y/o medicamentos que establezca la Superintendencia Nacional de Salud.

PARÁGRAFO 2. Si el prestador de servicios de salud que brindó la atención inicial de urgencias hace parte de la red de prestadores de servicios de salud de la entidad responsable del pago, la atención posterior deberá continuarse prestando en la institución que realizó la atención inicial de urgencias, si el servicio requerido está contratado por la entidad responsable del pago, sin que la institución prestadora de servicios de salud pueda negarse a prestar el servicio, salvo en los casos en que por requerimientos del servicio se justifique que deba prestarse en mejores condiciones por parte de otro prestador de servicios de salud, no exista disponibilidad para la prestación de servicio, o exista solicitud expresa del usuario de escoger otro prestador de la red definida por la entidad responsable del pago.

Así mismo la Ley 100 de 1993 en el 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 al cual este afiliado en cualquier otro evento.”. (negrilla de la Sala).

la enfermedad del actor a través de la IPS MEDILASER Tunja, que, por supuesto incluyen los diferentes exámenes médicos que le sean ordenados por su médico tratante con el fin de otorgar un diagnóstico acertado a sus padecimientos, advirtiéndose que la sola expedición de las autorizaciones no garantiza la efectividad del derecho a la salud, en tanto y en cuanto, este sólo se materializa con el acceso oportuno a la atención requerida.

Es claro entonces, que el demandante debió asumir gastos por concepto de todos los procedimientos efectuados desde el **7 de octubre de 2018**, por el Hospital Universitario IPS Fundación Santafé de Bogotá de la ciudad de Bogotá, donde el demandante ingresó con diagnósticos de *“severa desnutrición proteico-calórica, fistula enteral por cuerpo extraño (malla) trayecto fistulo supra prótesis, infección de malla, antecedente de colectomía derecha, abdomen abierto, eventroplastia con malla”*, razón por la cual le fueron practicados los procedimientos quirúrgicos por laparotomía resección de cuerpo extraño — malla de prolene - resección intestinal segmentaria, anastomosis intestino delgado, liberación de adherencias peritoneales e intestinales, lavado peritoneal y colocación de dispositivo de región subatmosférica; junto con el lavado quirúrgico peritoneal y cierre de la pared abdominal, no dejando en duda que el actor necesitaba de manera inmediata y urgente todas las gestiones indicadas y realizadas por parte de la Fundación.

Siendo entonces un yerro de la EPS no autorizar los procedimientos indicados en el menor tiempo posible, por lo que estas omisiones no se le pueden cargar a la parte actora en beneficio de quien omitió sus deberes como aseguradora, entre los cuales se encuentra prestar un servicio de salud oportuno, eficiente, eficaz y de calidad; debiendo responder por toda falla o falta que se genere en la prestación del mismo.

En esa dirección, debe señalarse a juicio de esta Sala, resulta más que comprensible que en protección al derecho a un diagnóstico, el promotor de este juicio decidiera acudir a la IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO IPS FUNDACIÓN SANTAFÉ DE BOGOTÁ como usuario particular, en aras de restablecer preservar su estado de su salud, y en ese orden, dado que tal circunstancia derivó de la falta de oportunidad y eficiencia en el servicio prestado por la EPS demandada, no es de recibo, que pretenda ahora, evadir las consecuencias de su omisión, pues para esta

Sala la decisión del actor de cancelar el valor establecido por la IPS, resulta más que justificada, de conformidad con lo expuesto en sentencia T-361 de 2014:

«El derecho al diagnóstico como aspecto integrante del derecho a la salud, es indispensable para llegar a una recuperación definitiva de una enfermedad o a mejorar la calidad de vida del paciente. De manera que la negación del mismo, impide que se realice el tratamiento adecuado y preciso que requiere el afectado. Pero, no solo la negativa del derecho al diagnóstico vulnera los derechos constitucionales, sino cuando no se práctica a tiempo o se realiza de forma negligente, complicando en algunos casos el estado de salud del paciente hasta el punto de llegar a ser irreversible su cura, eventos en los cuales, puede llegar a afectar gravemente la salud y la dignidad humana del paciente al someterlo de manera interminable a las afecciones propias de su mal estado de salud».

En consideración al criterio jurisprudencial, se encuentra la **urgencia justificada**, pues es necesaria la realización de todos los procedimientos médicos encaminados al efectivo diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, pues de no hacerse de manera oportuna y efectiva, podía derivar en afectaciones graves al estado de salud del usuario, incluso estaba en riesgo su propia vida.

Corolario de todo lo anterior, resulta acertada la decisión de primer grado, en cuanto dispuso el reembolso de las sumas sufragadas por la parte actora, por corresponder a los gastos médicos en que incurrió a efectos de recibir la atención médica en el Hospital Universitario IPS Fundación Santafé de Bogotá de la ciudad de Bogotá, eficaz y oportuna, obligación que se encontraba en cabeza de la EPS, razón por la cual, no hay lugar a acoger de manera favorable los argumentos expuestos por la apoderada recurrente.

Agotada la competencia de esta Sala por el estudio de los motivos de apelación, habiéndose arribado a las mismas conclusiones expuestas por la falladora de primer grado, lo que se sigue es la confirmación de la sentencia apelada.

COSTAS en esta instancia a cargo de la parte demandada.

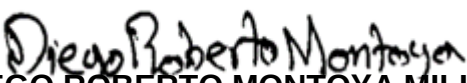
En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.**, Sala Laboral, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

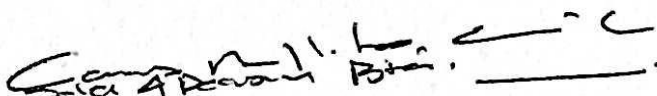
RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia apelada, conforme a la parte motiva.

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia a cargo de la demandada.

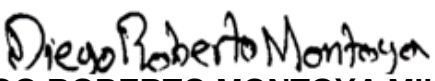
NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,


DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN


CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR


GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

AGENCIAS EN DERECHO: Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de \$1.160.000, la cual deberá ser incluida en la liquidación de costas, al tenor de lo consagrado en el artículo 366 del C.G.P.


DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN