

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

MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN.

PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR DELIA CIFUENTES BARRETO QUIEN ACTUA A TRAVÉS DE AGENTE OFICIOSO - JUAN CARLOS CIFUENTES CIFUENTES - CONTRA EPS SANITAS S.A. (RAD 00 2023 01389 01).

En Bogotá D.C., a los diecisiete (17) días del mes de enero de dos mil veinticuatro (2024), 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 EPS SANITAS S.A, contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 28 de septiembre de 2023 - S2023-001109, *Exp. Digital: Archivo 5 del expediente digital*) en la que se resolvió:

PRIMERO. -	RECONOCER PERSONERÍA para actuar dentro del presente proceso la doctora Paula Juliet Calderón Gómez, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.128.266.621 de Medellín y Tarjeta Profesional No. 229.916 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando como apoderado judicial de SANITAS EPS, según poder obrante.
SEGUNDO.-	ACCEDER a la pretensión formulada por el señor Juan Carlos Cifuentes, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.687.053, actuando como agente oficioso, de su progenitora

	la señora Delia Cifuentes Barreto, identificada con la cédula de ciudadanía No. 28.524.685, en contra de SANITAS EPS de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.
TERCERO.-	ORDENAR a SANITAS EPS , reconocer y pagar a favor de la señora Delia Cifuentes Barreto, identificada con la cédula de ciudadanía No. 28524.685, la suma de ocho millones novecientos veinticinco mil pesos m/cte (\$ 8.925.000), dentro de los cinco (5) días a la ejecutoria de esta providencia.
CUARTO.-	Sin condena en costas
QUINTO.-	APELACIÓN. La presente Sentencia puede ser impugnada para que de ella conozca, en segunda instancia, el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL - SALA LABORAL - CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO DEL APELANTE; impugnación que deberá interponerse ante este Despacho, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación de la Sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 126 de la Ley 1438 de 2011 y el artículo 30, numeral 1, del Decreto 2462 de 2013.
SEXTO.-	Notifíquese esta providencia mediante estado electrónico.

Inconforme con la decisión, la **EPS SANITAS S.A.**, presentó recurso de apelación aduciendo, en síntesis, que no puede desconocerse que de conformidad con lo indicado en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, proferida por el entonces Ministerio de Salud hoy Ministerio de Salud y Protección Social, se regularon de manera específica los eventos concretos en los que opera el reembolso de gastos, así como el trámite para su obtención, de la siguiente manera:

*“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.” (Subraya y negrilla fuera de texto).”.

Adicionó, se tiene como requisito para que proceda el reembolso que se haya presentado “incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios”, situación que no se presentó con la atención correspondiente a la señora DELIA CIFUENTES BARRETO, dado que: i) La EPS Sanitas no fue notificada de manera oportuna y adecuada a través de los canales definidos y en el tiempo adecuado sobre la condición del paciente y su necesidad de realizar procedimiento quirúrgico. ii) No se evidencian autorizaciones, ni solicitudes de servicios asumidas por el usuario de manera particular. iii) No hay registros de negación de los servicios ni inoportunidad en la atención. iv) No se evidencia reporte de ninguna inconsistencia frente a la prestación de los servicios anterior a la realización de estos de manera particular, a través de los canales de comunicación ofrecidos por la EPS.

Agregó, el pasado 26 de abril de 2022, se generó radicación de solicitud de reembolso de la usuaria Delia Cifuentes Barreto y allí solicitó el reembolso por valor de \$4.993.000 debido a un procedimiento quirúrgico más material por fractura pertrocanteriana, no obstante, como pretensiones de la presente demanda, la suma reclamada tuvo un incremento de casi el doble, quedando en un valor de \$8.925.000. Esgrimió, frente a dicha solicitud de reembolso, el día 19 de mayo de 2022 se emitió respuesta bajo consecutivo DSM – EPS-408 -22 en el cual se le informó a la usuaria que una vez realizado el estudio no era procedente el reembolso y se entregaron las conclusiones de dicho estudio.

Igualmente, precisó, no existió demora en la remisión de la paciente, atendiendo que el día 08 de abril de 2022 se recibió solicitud de remisión por parte de la IPS ASOTRAUMA al servicio de ORTOPEDIA y se generó el radicado No. 467287 y el mismo día fue aceptada la usuaria en la IPS CLINICA TOLIMA y CLÍNICA AVIDANTI, evento que no fue autorizado por el familiar al generarse un traslado.

Conforme a todo lo anterior, considera no ser procedente el reembolso solicitado pues la no realización del procedimiento quirúrgico de la demandante, no obedeció al capricho o actitud de negativa, renuente u omisiva o de mala fe por parte la EPS.

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 6º) 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 de la demandante DELIA CIFUENTES BARRETO, quien actúa a través de agente oficioso - JUAN CARLOS CIFUENTES CIFUENTES-, se ordene (página 3, archivo 1):

“Que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ORDENÉ el RECONOCIMIENTO ECONÓMICO por parte de la EPS SANITAS de la suma de ocho millones novecientos veinticinco mil pesos (\$8.925.000)., gastos en que incurrió por concepto de la atención que le brindaron a mi mamá DELIA CIFUENTES BARRETO en la IPS ASOTRAUMA.”.

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

1.El día 07 de abril de 2022 mi madre sufrió un fuerte accidente doméstico, y solicitamos el servicio de ambulancia siendo trasladada a la IPS Asotrauma, teniendo en cuenta que es el centro mas cercano a nuestro domicilio.

2. Una vez atendida mi mamá se determinó que debido al golpe sufrió una “FRACTURA PERTROCANTERIANA DE CADERA IZQUIERDA” y requería de un procedimiento quirúrgico de manera URGENTE, es de resaltar que mi madre es una persona de la tercera edad y requería de atención prioritaria.

3.El 08 de abril en vista del procedimiento que requería mi mama la IPS ASOTRAUMA solicito orden a la EPS SANITAS e igualmente envié un derecho de petición de forma electrónica solicitando dicha autorización pero ante la **NO** respuesta por parte de la EPS envié un derecho de petición a la misma solicitando una autorización del servicio hospitalario y procedimiento quirúrgico pero 24 horas después de radicada dicha solicitud no hubo respuesta alguna aprobando este procedimiento o autorizando traslado a otra entidad para que se le brindara la atención y el procedimiento requerido.

4. Ante la NO respuesta por parte de la EPS SANITAS y la gravedad del estado de salud que estaba padeciendo mi mamá tomé la decisión de que le practicaran la cirugía por parte de la IPS ASOTRAUMA para evitar así poner en riesgo la vida y condición física de mi mamá; por tanto tuve que pagar todos los gastos dentro de los cuales se incluye (cirugía, intervenciones quirúrgicas, material médico quirúrgico, radiografía, exámenes de laboratorios, estancia, medicamentos entre otros) lo cual sumo un valor total de **ocho millones novecientos veinticinco mil pesos (\$8.925.000).**

5. El día 22 de abril de 2022 estando dentro del término legal de acuerdo al Art. 14 de la Resolución 5261/1994 solicite a la EPS SANITAS el reembolso por los gastos originados a causa de la “FRACTURA PERTROCANTERIANA DE CADERA IZQUIERDA” que sufrió mi mamá, adjuntando los documentos requeridos para dicha solicitud, pero el día 19 de mayo de 2022 la EPS nos emite una respuesta negativa.

La demanda se admitió mediante proveído del 28 de julio de 2022 (Exp. Digital: «carpeta 2, archivo 01 AUTO ADMITE.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 CLINICA ASOTRAUMA, con el fin de que informara y aportara lo siguiente:

- *Si la señora Delia Cifuentes Barreto, identificada con la cédula de ciudadanía No. 28.524.685, fue atendida 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 atendida.*
- *Si hace parte de la red de prestadores de SANITAS EPS, de ser así desde qué fecha.*
- *Si la señora Delia Cifuentes Barreto, o alguno de sus familiares, informó su afiliación a SANITAS EPS.*
- *Si informó a SANITAS EPS, el ingreso de la señora Delia Cifuentes Barreto.*
- *En caso de urgencia, si realizó el proceso de referencia y contra referencia del paciente.*
- *Copia de la factura y/o certifique el pago con ocasión a los servicios de salud prestados y requeridos por el usuario.*
- *Copia de la historia clínica de la señora Delia Cifuentes Barreto, identificada con la cedula de ciudadanía No. 28.524.685.*

Asimismo, se requirió a la EPS SANITAS para que informara y allegara:

- *Si la señora Delia Cifuentes Barreto, identificada con la cedula de ciudadanía No. 28.524.685, o alguno de sus familiares, solicitó o requirió el procedimiento, osteosíntesis de cadera, material de osteosíntesis, radiografía, exámenes de laboratorio y medicamentos.*
- *Si autorizo y garantizo la prestación integral del servicio para el procedimiento, osteosíntesis de cadera, material de osteosíntesis, radiografía, exámenes de laboratorio medicamentos, aclarando la fecha y la entidad que presto dichos servicios.*

Finalmente, se exhortó a la parte actora para que aportara copia de las solicitudes radicadas ante la EPS SANITAS, para la realización del procedimiento, osteosíntesis de cadera, material de osteosíntesis, radiografía, exámenes de laboratorio y medicamentos.

Surtido el trámite procesal correspondiente, la EPS SANITAS contestó (Exp.

Digital: Carpeta 04, Archivo 06), 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 Sanitas no fue notificada de manera oportuna y pertinente a través de los canales definidos, así como tampoco se informó en el tiempo adecuado sobre la condición del paciente y su necesidad de realizar procedimiento quirúrgico. Esto, aunado a que la obligación por parte de las EPS de reembolsar a sus afiliados los gastos en que estos hubieran tenido que incurrir por concepto de salud se encuentra también regulada en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 y allí prevé que debe ser autorizado por la EPS. Por último, citó un aparte de la sentencia SU 508 de 2020 de la Corte Constitucional.

La CLINICA ASOTRAUMA no dio respuesta al requerimiento efectuado por la *a quo*.

Mediante sentencia S2023-001109 del 28 de septiembre de 2023 la Superintendencia Nacional de Salud, accedió a la pretensión incoada por la demandante ordenando el pago de **\$8.925.000**. **Lo anterior tras considerar la a quo**, resulta comprensible que ante los padecimientos de salud y en aras de restablecer el estado de salud en condiciones dignas, la paciente y sus familiares decidieran asumir los costos particulares de los procedimientos quirúrgicos de ortopedia denominados Osteosíntesis en Fémur Cuello Trocantereo y Sutura Fascia y/o Musculo y/o Tendón en el contexto de atención de urgencia, precisándole a la EPS SANITAS EPS, no basta que autorice los servicios ordenados por los médicos tratantes para sus usuarios, sino que es su deber garantizar el suministro oportuno por parte de un prestador de servicios de salud, ya que la sola autorización no garantiza la continuidad ni la integralidad de la atención. Concluyó, se evidenció que la aseguradora retardó de forma injustificada el cubrimiento de las obligaciones de aseguramiento en salud requeridas por la señora Delia Cifuentes Barreto, hasta el punto que tuvo que pagar el servicio de forma particular en la IPS ASOTRAUMA S.A.S., en la ciudad de Ibagué.

Además, señaló, no es atendible que la EPS alegue que el trámite de autorización para la prestación de los servicios de salud de urgencias, que requirió la señora Delia Cifuentes Barreto, se debe realizar directamente por el prestador de servicios de salud ante la entidad responsable del pago; pues dicha carga no debe trasladársele a la paciente, máxime tratándose de una adulta mayor.

Completó, SANITAS EPS tenía pleno conocimiento de la patología que aquejaba a su afiliada; por lo tanto, tenía la obligación de realizar y garantizar la prestación real y efectiva de todas las actividades, procedimientos e intervenciones necesarias que se requerían para el tratamiento integral de su cuadro clínico, “fractura pertrocanterea cadera izquierda”, coberturas que están incluidas en el plan de atención básica y en el plan de salud de los afiliados al sistema de seguridad social en salud, al cual tiene derecho la demandante, y que la aseguradora se encontraba obligada a garantizar.

Así las cosas, razonó la *a quo*, la enjuiciada SANITAS EPS no garantizó la realización efectiva y oportuna de lo prescrito a la señora Delia Cifuentes Barreto, correspondiente para tratar su cuadro clínico, esto es, la realización inmediata del procedimiento quirúrgico; por lo cual se vio obligada a acudir a los servicios médicos particulares en la IPS ASOTRAUMA S.A.S por necesidad y no por capricho.

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 la señora DELIA CIFUENTES BARRETO estaba afiliada a la EPS SANITAS S.A. 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 la señora DELIA CIFUENTES BARRETO, asumió directamente el pago del procedimiento médico en cuantía total de (\$8.925.000), aspecto que por demás se corrobora con las facturas - FV111076 y FVEC 5013, páginas 25 a 27 de la carpeta 01 -aportadas junto con el escrito de la demanda.

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 regímenes previstos en la Ley 100 de 1993, si se constata que ha negado la

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

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 las pruebas aportadas con la demanda, según la historia clínica la señora Delia Cifuentes Barreto de 82 años para el momento de los hechos, sufrió accidente doméstico el día 07 de abril de 2022, motivo por el cual fue ingresada al servicio de urgencias de la IPS ASOTRAUMA en la ciudad de Ibagué - Tolima, lugar donde la diagnosticaron fractura pertrocanteriana de cadera izquierda. En consecuencia, los médicos tratantes de esa IPS le ordenaron manejo quirúrgico, y solicitaron autorización de cirugía al presentar importante tumefacción en cara lateral por pérdida de la relación articular coxofemoral, ordenando como plan de manejo: 1. Cirugía; 2. Control con analgésicos y, 3. Valoración por Ortopedia.

Posteriormente, la paciente, aquí demandante fue operada en la IPS ASOTRAUMA el día 09 de abril de 2022 (al día siguiente al ingreso), realizándole los procedimientos quirúrgicos de ortopedia denominados Osteosíntesis en Fémur, Cuello Trocantereo y Sutura Fascia y/o Musculo y/o Tendón por atención de urgencia.

De esta forma, los médicos tratantes de la IPS prestadora de los servicios consideraron que la señora Delia Cifuentes Barreto al ser un adulta mayor, tenía derecho a que la EPS SANITAS le garantizara una atención preferente, oportuna, continua e integral, más aún cuando era un paciente con trauma por caída desde su propia altura, lo que requería una atención **continua e ininterrumpida**.

En síntesis se observa de la Epicrisis 28524685 aportada en el archivo 01 de la demanda que la señora DELIA CIFUENTES BARRETO fue objeto de los siguientes procedimientos:

“Paciente: DELIA CIFUENTES BARRETO CC 28524685 Edad 82 años. Servicio de Urgencias Fecha de Ingreso: 7/04/2022 Hora de Ingreso 20:36 Fecha de Egreso: 11/04/2022 Hora de Egreso: 12:15 Entidad Responsable: PARTICULAR. Diagnóstico de Ingreso: 1- S721 - FRACTURA PERTROCANTERIANA. 2- S798 - OTROS TRAUMATISMOS ESPECIFICADOS DE LA CADERA Y DEL MUSLO Diagnósticos

de Egreso: S721 - FRACTURA PERTROCANTERIANA. (DR). FJP - FREDY JOSE PINEDA MEJIA - C.C. 1032501490 - REG. MEDICO: - MEDICINA GENERAL. Motivo de Consulta: SE CAYO EN LA CASA. Enfermedad Actual: Paciente de 82 años con caída desde su propia altura, a las 8 p.m. con posterior limitación para bipedestación y deformidad en miembro inferior. No dolor torácico, no cefalea, no pérdida de conocimiento. HALLAZGOS, EXAMEN FISICO Y REVISION POR SISTEMAS. Cabeza, Cuello, Tórax: Sin alteraciones. Abdomen, Genitourinario: Sin alteraciones. EXTREMIDADES: Miembros superiores sin lesiones. Miembro Inferior Izquierdo en rotación izquierda, asimetría respecto a derecha. Dolor intenso, limitación para movilidad, recortamiento, dolor en cadera izquierda, pelvis y fémur izquierdo.

Neurológico: Alerta, orientada sin déficit. SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS: Rx de Pelvis, AP. Rx de Cadera AP, Lateral. Analgesia multimodal, canalización, se revalorará con resultados. Tramadol ampolla x 50 mgs, Diclofenaco ampolla x 75 mgs Solución salina líquidos a 60 cc hora. Dr. Fredy José Pineda Mejía CC 1032501490 Registro Médico Medicina General.

Fecha: 08 de abril de 2022 HOJA DE URGENCIAS EVOLUCION: RX muestra FRACTURA INTERTROCANTERICA DE LA CADERA. PLAN: Requiere manejo quirúrgico. Se solicita AUTORIZACION DE CIRUGIA. Paciente de 82 años. PARACLINICOS: RX DE CADERA con evidencia de FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA. RX DE PELVIS: Normal sin trazo de fracturas aparentes. RX DE FEMUR IZQ: Normal sin trazo de fractura aparente. En cadera y miembro inferior izquierdo se aprecia con flexión de cadera, abducción y rotación externa, No tolera movimiento por dolor severo y bloqueo articular con posición antálgica. Presenta importante tumefacción en cara Lateral de conformidad por perdida de la relación articular coxofemoral. Rx muestra Fractura Intertrocantérica de la cadera. Diagnóstico: 1- FRACTURA INTERTROCANTERICA DE CADERA IZQUIERDA. PLAN Requiere manejo quirúrgico. Se solicita autorización de cirugía. Dr. CAMILO ANDRES GIL NORIEGA - C.C. 111 0572493 - REG. MEDICO: 1110572493 - MEDICINA GENERAL.

Fecha: 09/04/2022 Traslado a piso. Hemograma II. Diagnóstico: 1- FRACTURA INTERTROCANTERICA DE LA CADERA IZQUIERDA, 2- HTA. Plan Dolor de la cadera se controla con el analgésico. Eva 3/10 ta 133/67 fc 74 fr 15 t 36,5 SO2 91%Valorada por Ortopedia. Pendiente de cirugía previa valoración por Anestesia por patologías de base. ANALISIS: Paciente estable hemodinámicamente con modulación del dolor con FRACTURA INTERTROCANTEREA DE LA CADERA. Programada por Ortopedia para procedimiento quirúrgico en el día de hoy 14+30. Tiene reserva de 2 U GRE tiene antibiótico profilaxis. Normotensa, con hemoglobina en 10. Ss Hemograma. Dra. BRUNNY MARIA REY MONROY C.C. 51889368 registro Médico 207396 Medicina General.”

(2.2) La señora DELIA CIFUENTES BARRETO en la IPS ASOTRAUMA de la ciudad de Ibagué en condición de paciente particular, el día 09/04/2021 le fueron realizados los procedimientos quirúrgicos de ortopedia denominados OSTEOSINTESIS EN FEMUR CUELLO TROCANTEREO y SUTURA FASCIA Y/O MUSCULO Y/O TENDON en el contexto de ATENCION DE URGENCIA.

“Fecha 09/04/2022 Hora 14:30 // DESCRIPCION QUIRURGICA. No. DESCRIPCION: 66204 QUIROFANO: 01 Cirujano: SAC - SAMIR ALBERTO CURE - C.C. 93410003 • REG. MEDICO: 124567 - ORTOPEDIA Anestesiólogo JUAN JOSE DIAZ BETANCOURT PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: OSTEOSINTESIS EN FEMUR CUELLO INTERTROCANTEREO SUTURA DE FASCIA Y/O MUSCULO Y/O TENDON Anestesia: Raquídea. EGRESO: vivo. HALLAZGOS: FRACTURA INTERTROCANTERICA IZQUIERDA 31'2. OSTEOPENIA MALA CALIDAD OSEA. LESION DE TENDONES DE CADERA - GLUTEO MEDIO IZQUIERDO “.

De la anterior información resulta palmario concluir, la señora DELIA CIFUENTES BARRETO, por causa de fractura Pertorcanterea izquierda desde el día 07 de abril de 2022 hasta el día 11 de abril de 2022 se encontraba en condición de salud relevante al punto de ser atendida por urgencias, requiriendo la prestación efectiva de los servicios de salud, y por ende, debió garantizársele los principios de integralidad, continuidad y oportunidad, más aún, cuando SANITAS EPS fue notificada sobre el ingreso de la paciente por urgencia de salud y el diagnóstico de la fractura que aquejaba a la adulta mayor –, según se infiere de la respuesta otorgada por la EPS SANITAS -obrante a páginas 35 a 37 del archivo 01-, conforme se ilustra con la siguiente imagen inserta:

SEÑORA
DELIA CIFUENTES BARRETO
CARRERA 4C 39B-18 AP 201 BRR MACARENA ALTA
Juancacifuentes24@gmail.com
Deliacifuentesb41@gmail.com
3114775896- 3204115930
IBAGUE

Asunto: Solicitud de reembolso 20726 Delia Cifuentes Barreto CC 28524685

Reciba un cordial saludo:

En respuesta a su comunicación radicada el pasado 26 de abril de 2022, en la cual solicita a EPS Sanitas reembolso por el procedimiento quirúrgico más material por fractura pertrocanteriana realizada en abril de 2022 por valor de cuatro millones novecientos noventa y tres mil pesos (\$4.993.000), nos permitimos informar:

- Previa validación con las áreas encargadas EPS Sanitas informa: DELIA CIFUENTES BARRETO CC 28524685 ubicada en ASOTRAUMA fue aceptada en Avidanti y Cl Tolima el 8 de abril 2022; sin embargo, al notificar la aceptación informaron que estaba en salas de cirugía y no aceptaban remisión.
- La EPS Sanitas no fue notificada de manera oportuna y adecuada a través de los canales definidos y en el tiempo adecuado sobre la condición del paciente y su necesidad de realizar procedimiento quirúrgico
- No se evidencian autorizaciones, ni solicitudes de servicios asumidos por usted de manera particular.
- No hay registros de negación de los servicios ni inoportunidad en la atención.
- No se evidencia reporte de ninguna inconsistencia frente a la prestación de los servicios anterior a la realización de estos de manera particular, a través de los canales de comunicación ofrecidos por la EPS.

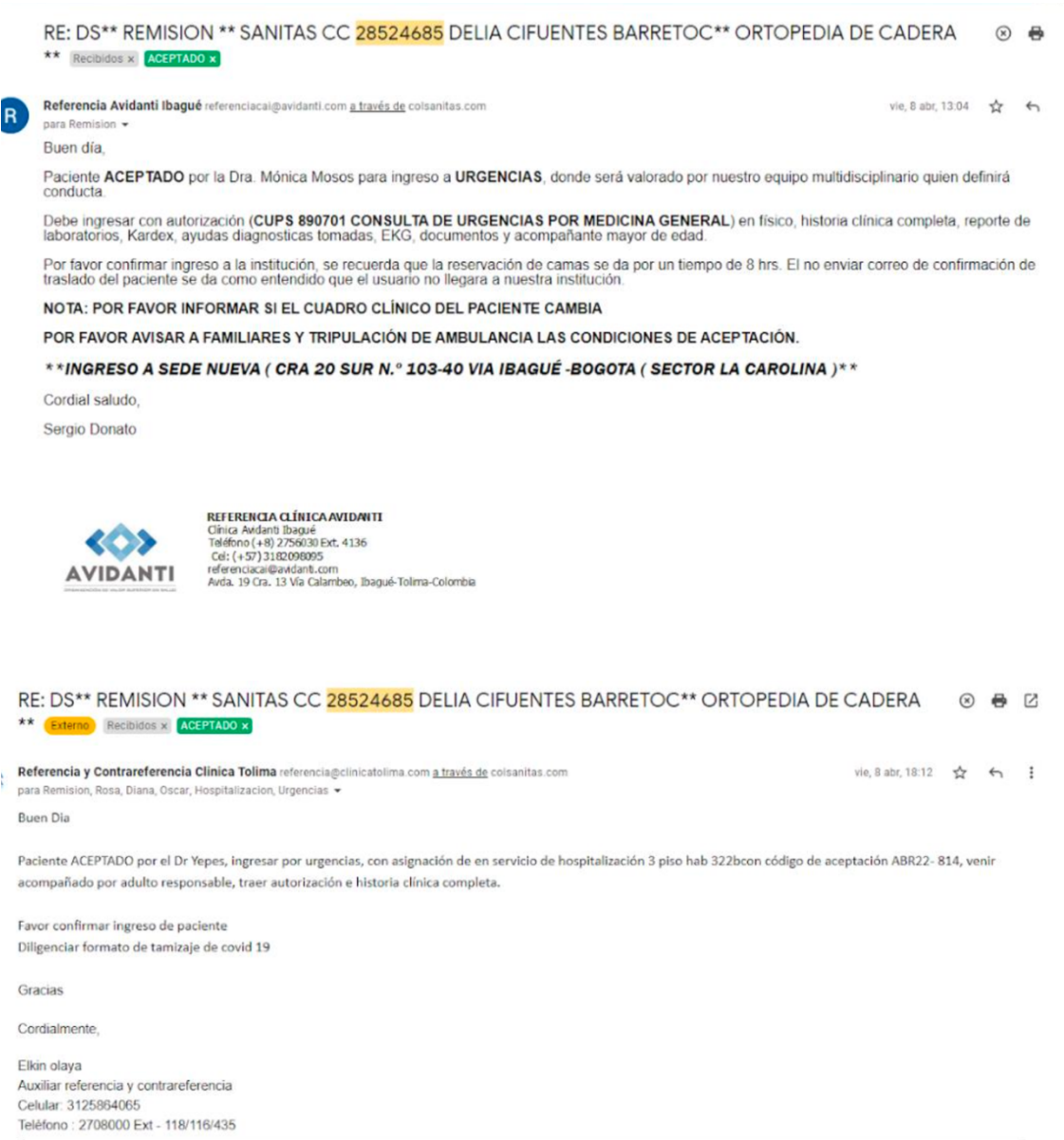
Por lo anteriormente expuesto lamentamos informarle que no es posible para EPS Sanitas dar respuesta favorable a su solicitud de reembolso, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 5261 de 1994 en materia de reembolsos, Artículo 14. "Reconocimiento De Reembolsos: Las Entidades Promotoras de Salud, 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 IPS. Que no tenga contrato con la respectiva EPS., cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes de alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto." (Subrayado fuera del texto).

En consecuencia, de lo anterior nos permitimos hacer devolución de los soportes por usted radicados. Sin otro particular y con el deseo de servirle en futuras Oportunidades.

Finalmente la invitamos a hacer uso de los servicios y cubrimientos establecidos en el Plan de beneficios con cargo a UPC, dentro de la red de prestadores adscritos a EPS Sanitas.

Nótese, la EPS SANITAS indica que previa validación con las áreas encargadas, la aquí demandante fue aceptada en la Clínica AVIDANTI y Clínica Tolima **el 8 de abril de 2022**, es decir, el mismo día de ingreso por urgencias de la señora DELIA CIFUENTES BARRETO a la IPS ASOTRAUMA, por lo que no puede argumentar que no fue notificada del ingreso de la usuaria por urgencias cuando gestionó el traslado de IPS el mismo día del ingreso a urgencias.

Ahora bien, valga advertir en punto al recurso de apelación de la EPS SANITAS S.A., consistente en que recibió la solicitud de remisión por parte de la IPS ASOTRAUMA al servicio de Ortopedia y generó el radicado No. 467287, siendo el mismo día aceptada en la IPS CLINICA TOLIMA y CLÍNICA AVIDANTI pero que los familiares no aceptaron el traslado, este argumento no tiene asidero alguno en atención ya que solo obra una imagen inserta del correo remitido, al parecer por la Clínica Tolima y AVIDANTI el viernes 8 de abril de 2023 a la EPS SANITAS, al siguiente tenor:



Como se puede apreciar y siendo una carga de la prueba de la EPS demandada, no existe certeza de que dicha autorización o remisión hubiese sido comunicada a la IPS ASOTRAUMA para que procediera a realizar el traslado respectivo antes del ingreso a cirugía de la demandante – 09 de abril de 2022-. En igual sentido, no se aportó medio probatorio tendiente a demostrar que los familiares de la usuaria afiliada se negaron al traslado de IPS.

Razones por las cuales, es claro entonces que la EPS SANITAS al ser la encargada de contratar la IPS que dispusiera de un especialista que realizara la cirugía no actuó con la suficiente diligencia al no brindar efectivamente el acceso a la paciente a los procedimientos requeridos para el tratamiento de su patología con URGENCIA, pues no está en duda que la demandante requería una cirugía por su fractura en el Fémur, y que el dolor la aquejaba en dicho momento, según se extrae del recuento de la historia clínica, 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 afiliada, en virtud del principio de integralidad desarrollado y definido por la Corte Constitucional.

Nótese, la sola expedición de la autorización o remisión a la Clínica Tolima o AVIDANTI, 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, más aún, cuando se trataba de un paciente que necesita un cuidado relevante al ser adulto mayor, resultando las caídas lesivas para su salud.

Así, es claro entonces, que la afiliada debió asumir los gastos consistentes en “LABORATORIOS; PROCEDIMIENTOS PELVIS CADERA ARTICULACIONES; TORAX PA O PA LATERAL REJA PORTATILES SIN FLUOROSCOPIA” por valor de \$3.932.000 y “HOJA HELICOIDAL NEOGER AE; TORNILLO DE BLOQUEO PARA CLAVO; CLAVO CEFALOMEDULAR” por valor de \$4.993.000 para un total de \$8.925.000, esto, sin importar que la parte actora hubiese reclamado a la EPS SANITAS únicamente el pago parcial de \$4.993.000, pues si bien solo reclamó un servicio no tiene mayor relevancia en este asunto dado que el mismo fue negado por la EPS, según se desprende de la comunicación del 19 de mayo de 2022 que obra en la carpeta 07 del archivo 01.²; por lo que esta omisión no se le puede cargar a los afiliados 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.

² “no es posible para EPS Sanitas dar respuesta favorable a su solicitud de reembolso, de acuerdo a lo establecido en la Resolución 5261 de 1994 en materia de reembolsos, 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 IPS. Que no tenga contrato con la respectiva EPS., cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes de alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.” (Subrayado fuera del texto).

En esa dirección, debe señalarse a juicio de esta Sala, no es de recibo, que la EPS demandada pretenda ahora evadir las consecuencias de su omisión, en el traslado o autorización de IPS o servicio de cirugía, pues para esta Sala la decisión de la actora de acudir a un médico por urgencias no adscrito a la IPS contratada por la EPS, resulta más que justificada.

En estos términos, 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 el valor total de **\$8.925.000**, por corresponder a los gastos médicos en que incurrió a efectos de recibir la atención médica necesaria para preservar su vida de una forma eficaz y oportuna, obligación que se encontraba en cabeza de la EPS SANITAS S.A. adonde se encontraba afiliada la adulta mayor, señora DELIA CIFUENTES para la época de los hechos, - abril de 2022- razón por la cual, no hay lugar a acoger de manera favorable los argumentos expuestos por la apoderada recurrente, pues debe asumir los gastos en que incurrió la paciente.

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 **EPS SANITAS S.A.**

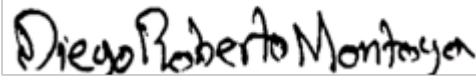
En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.**, Sala Laboral, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

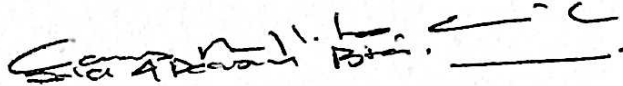
PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia apelada, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia a cargo de la demandada **EPS SANITAS S.A.**

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,



DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN

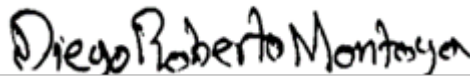


CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR



GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

AGENCIAS EN DERECHO: Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de \$1.300.000, 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