



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Quinta de Decisión Laboral

HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA
Magistrado Ponente

REFERENCIA: PROCESO **SUMARIO**
RADICACIÓN: 11001 22 05 00 **2021 00621 01**
DEMANDANTE: ANDRÉS FELIPE ÁLVAREZ VILLOTA
DEMANDADO: MEDIMÁS E.P.S.

Bogotá, D.C., veintiuno (21) de junio de dos mil veintiuno (2021).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede la Sala de Decisión a resolver el recurso de apelación que interpuso la demandada Medimás Eps contra la sentencia de 3 de septiembre de 2020 proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud.

I. ANTECEDENTES

Andrés Felipe Álvarez Villota, a través de apoderado judicial, pretende el reconocimiento y pago de los gastos médicos en que incurrió por la cirugía del 21 de diciembre de 2017 por valor de \$7.850.000 junto con sus intereses corrientes.

En respaldo de sus pretensiones, narró que el 16 de diciembre de 2017 ingresó al Hospital José María Hernández de Mocoa por urgencias debido a un cólico renal, por lo que se le señaló cirugía inmediata. Advirtió que se comunicó con Medimás Eps para autorizar la intervención, pero que la demandada no autorizó por inconsistencias en la afiliación según base de datos. Adujo que el 19 de diciembre de 2017 debió facturar por particular un UROTAC por valor de \$350.000 y ante la falta de atención por parte de Medimás Eps solicitó dar de alta para realizar la operación en la Clínica Crear Visión.

Refirió que el 21 de diciembre de 2017 en la Clínica Crear Visión facturó por particular la suma de \$7.500.000 con el fin de realizar el procedimiento de nefrolitotomía endoscópica flexible más laser. Además, le

otorgaron 3 días de incapacidad y el 27 de diciembre de 2017 la Eps Médimas autorizó el procedimiento en la ciudad de Pasto, por lo que radicó derecho de petición a través del cual solicitó el reembolso de los dineros.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La EPS Médimas a través de su apoderado judicial señaló que no es posible el reembolso de los dineros como quiera que el demandante radicó extemporáneamente la solicitud de conformidad con la Resolución n°. 5261 de 1994. Refirió que la Ips no informó sobre la autorización del procedimiento quirúrgico.

III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El 3 de septiembre de 2020, la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda y ordenó el pago de \$6.000.000 por concepto de reembolso de gastos médicos.

Como fundamento de su decisión, señaló que el promotor se encontraba afiliado a Medimás Eps por lo que la demandada debió autorizar el procedimiento quirúrgico ordenado por el especialista. Advirtió que la autorización de cirugía del 27 de diciembre de 2017 se realizó fuera de los términos legales y que la radicación extemporanea por parte del demandante del reembolso de los dineros no conlleva la pérdida del derecho.

IV. RECURSO DE APELACIÓN

La parte demandada **Medimás Eps S.A.S.** apeló la decisión con el fin de revocar la sentencia de primera instancia. Para ello, señaló que no existió incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia para atender los requerimientos de salud. Además, que el demandante radicó extemporáneamente la solicitud de reembolso y la Ips no notificó la práctica de la cirugía como quiera que el demandante ingresó como paciente particular. Finalmente, refirió que no existió la urgencia médica, por lo que la decisión de intervención quirúrgica correspondió exclusivamente al demandante.

V. PROBLEMA JURÍDICO

El estudio del plenario determina que se encuentran reunidos a plenitud los presupuestos procesales, y tampoco se advierte causal de nulidad que invalide lo actuado. Por consiguiente, habrá de resolver la Sala, si la EPS Medimás debe ser exonerada del reembolso por los gastos médicos en que incurrió el demandante en la cirugía del 21 de diciembre de 2017.

VI. CONSIDERACIONES

Conviene señalar que esta Sala es competente para dilucidar la controversia puesta de presente de conformidad con el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, adicionado por el 126 de la Ley 1438 de 2011, vigentes para el momento en que se interpuso la demanda y acontecieron los hechos puestos de presente. Igualmente, con arreglo al artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, el competente para resolver el recurso será el Tribunal Superior del Distrito Judicial - Sala Laboral - del domicilio del apelante.

Al descender al caso en concreto, advierte la Sala que el problema jurídico se circunscribe en establecer si la accionada debe o no asumir los gastos médicos en que incurrió el accionante en la cirugía de nefrolitotomía endoscópica flexible más laser.

Para resolver tal cuestionamiento, necesario es precisar que conforme a los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional, Ley 100 de 1993 y Ley 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud; el cual debe ser garantizado a través de las prestaciones de salud, estructuradas sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Igualmente, se verifica en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, algunas reglas específicas en materia de reconocimiento de reembolsos a los afiliados que han tenido que asumir costos en los siguientes eventos: **i)** tratándose de atención inicial de urgencias cuando el afiliado sea atendido en una IPS que no tenga contrato con la EPS a la cual esté inscrito; **ii)** cuando haya sido autorizada en forma expresa por parte de la respectiva entidad promotora de salud, la prestación de atenciones específicas y **iii)** en caso de incapacidad, imposibilidad,

negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad promotora de salud en el cubrimiento de las obligaciones para con sus usuarios.

En el *sub examine* se verifica que el promotor alega la negligencia por parte de la entidad promotora de salud en el cubrimiento de las obligaciones por tener que sufragar los gastos médicos de la intervención quirúrgica nefrolitomía endoscópica flexible más laser.

Respecto a la prestación de los servicios que se deben garantizar en términos generales, la H. Corte Constitucional ha referido que:

“(...) La prestación del servicio en salud es oportuna cuando el paciente recibe la atención en el momento adecuado, a fin de que recupere su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. De forma similar, el servicio en salud es eficiente cuando los trámites administrativos a los que está sujeto son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no son una excusa para dilatar la protección del derecho a la salud¹. Así mismo, el servicio público de salud se reputa de calidad cuando las prestaciones en salud requeridas por el afiliado o beneficiario contribuyen, en la medida de las posibilidades, a mejorar la condición del enfermo². La jurisprudencia constitucional ha señalado que el principio de integralidad impone su prestación continua, la cual debe ser comprensiva de todos los servicios requeridos para recuperar la salud. La determinación y previsión de los servicios requeridos para la plena eficacia del derecho a la salud, como reiteradamente se ha señalado, no corresponde al usuario, sino al médico tratante adscrito a la E.P.S, de la siguiente manera: “La atención y 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 (...)”.

En ese horizonte, se observa que el accionante ingresa por urgencias el 16 de diciembre de 2017 a la E.S.E. Hospital José María Hernández Sede Mocoa, por lo que se le diagnosticó cólico renal y litiasis renal. Ese mismo día se dio de alta y se ordenó tratamiento con analgésico y valoración por consulta ambulatoria por urología. Nuevamente, el 18 de diciembre de 2017 ingresa a urgencias por dolor lumbar izquierdo intenso, náuseas, vómito y diaforesis. Se reitera el diagnóstico de cólico renal y se ordena ecografía renal. (f.º. 16 a 23).

El 20 de diciembre de 2017 el accionante es valorado por médico especialista en urología, el cual señala que el paciente se encuentra estable por lo que ordena su salida con manejo de analgésicos y orden

ambulatoria de nefrolaser izquierdo. Además, ordena cita control prioritaria con urología, cuadro hemático, urocultivo, valoración preanestésica y orden de nefrolaser izquierdo. (f °. 22 y 23).

En igual sentido, según la epicrisis de la Clínica Crear Visión Ltda. el promotor ingresó a consulta por motivo de cálculo en uréter superior izquierdo, por lo que se le diagnostica hidronefrosis con obstrucción por cálculos de riñón y del uréter. Asimismo, el 22 de diciembre de 2017 se realizó la intervención quirúrgica de nefrolitotomía retrograda flexible más laser. (CD anexo al expediente).

Paralelamente, el 21 de diciembre de 2017 Andrés Felipe Álvarez solicita ante la demandada Medimás Eps la autorización urgente para el procedimiento ordenado por urólogo de nefrolitotomía retrograda flexible más laser (f °. 45).

También, de la respuesta al requerimiento por parte de la Ips Clínica Crear Visión, se verifica que la institución hace parte de la red de prestadores de servicios de Medimás Eps desde el 27 de septiembre de 2017 conforme al contrato n°. DC0839-2017. Además, de la factura n°. CCV04279 expedida por la Clínica Crear Visión Ltda. se comprueba que el demandante asumió el copago de \$6.000.000 por concepto de procedimiento nefrolitotomía endoscópica flexible más laser.

De igual forma, se advierte que el 26 de diciembre de 2017 Medimás Eps autorizó en favor del demandante el procedimiento de litiasis urinaria fragmentada intracorporea endoscópica con la Ips Unidad Médico Urológica de Nariño. (f °. 49).

Finalmente, el 20 de marzo de 2018 el promotor solicita ante Medimás Eps el reembolso de los gastos médicos, lo cual fue negado por extemporánea mediante oficio del 12 de abril de 2018. (f °. 52 a 54).

Bajo este panorama, encuentra la Sala acreditada la negligencia de la entidad promotora de salud para cubrir la necesidad del actor, según lo previsto en el artículo 14 de la Resolución n°5261 de 1994, como quiera que el promotor ingresa al servicios de urgencias del Hospital José María Hernández y se ordena el procedimiento quirúrgico de nefrolitotomía endoscópica flexible más laser, por lo que se solicita la autorización del procedimiento a Medimás Eps, la cual informa que el señor Andrés Álvarez

se encuentra inactivo por inconsistencias en la base de datos. (f °. 42), circunstancia que obligó al promotor a acudir a la Clínica Crear Visión Ltda.

Sobre el particular, la misma demandada acepta que el promotor se encontraba afiliado en debida forma para la época de los hechos, por lo que debió autorizar la operación requerida por necesidad por parte del demandante y al no ocurrir dicha circunstancia, se acredita el actuar negligente de la entidad promotora de salud.

Asimismo, luego de ser hospitalizado por urgencias del 17 de diciembre al 20 de diciembre de 2017, el señor Andrés Álvarez el 21 de diciembre de la misma anualidad, esto es, un día después a su alta en el Hospital José María Hernández, solicita nuevamente a Medimás Eps la autorización de manera prioritaria y urgente para el procedimiento nefrolitotomía endoscópica flexible más laser, la cual se resolvió únicamente hasta el 26 de diciembre de 2017, es decir, 5 días después a la radicación de la misma, lo cual quebranta fehacientemente los términos previstos en el artículo 14 del Decreto 4747 de 2007 que consagra:

“Artículo 14. 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 la 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:

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

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

Por ello, la conducta desplegada por la entidad promotora de salud está lejos de un actuar diligente y oportuno, por el contrario, en dos oportunidades quebrantó los plazos legales para expedir la autorización que requería el promotor con el fin de realizar el procedimiento médico objeto de debate. Máxime cuando fue el demandante quien debió acudir a la entidad promotora de salud para solicitar la autorización, lo cual va en contravía de las normas que regulan la materia, pues las mismas son enfáticas en establecer que en ningún caso la gestión de autorización debe

ser cargada al paciente, máxime que la Ips donde se efectuó el procedimiento médico se encuentra adscrita a la Eps demandada.

Por tal razón, el actuar del promotor de acudir a una Ips con el fin de realizar el procedimiento quirúrgico de manera particular, resulta razonable a la luz de la palmaria negligencia con la que actuó la Eps Medimás S.A.S. al no proveerle de manera oportuna el mencionado procedimiento en red de prestadores de servicios de salud, lo cual disipa cualquier argumento referente a que carece de derecho el actor para que se le reintegre el dinero que acá reclama.

Con todo, respecto al argumento de radicación extemporánea de la solicitud de reembolso por parte del promotor, se comprueba que si bien la Resolución n°. 5261 de 1994 prevé que la petición se debe hacer dentro de los 15 días siguientes al alta del paciente, situación que aquí no ocurre. Lo cierto es que la H. Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia ha señalado que el plazo contemplado en dicha Resolución corresponde a un término respecto al trámite administrativo, el cual no puede conllevar la pérdida del derecho o la exoneración por parte de la entidad promotora de salud. Por ello, Medimás Eps no se puede escudar en dicha prerrogativa para negar el reconocimiento y pago de los gastos médicos en que incurrió el demandante. Al punto, la H. Corte Constitucional señaló:

“(...) el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación que tiene Coomeva de reconocer a sus usuarios el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la entidad, razón por la cual el cumplimiento del mismo, no puede tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le concurren.” (Sentencias T - 650 de 2011 y T - 594 de 2007).

En consecuencia, se confirmará la decisión de primera instancia.

Sin costas en esta instancia.

VII. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, SALA LABORAL, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 3 de septiembre de 2020 por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud.

SEGUNDO: COMUNICAR a las partes la presente sentencia por el medio más expedito, conforme al artículo 126 de la Ley 1438 de 2011.

TERCERO: DEVOLVER el expediente a la Superintendencia Nacional de Salud, una vez agotado el trámite de rigor.

Notifíquese, publíquese y devuélvase el expediente a la oficina de origen, previas las desanotaciones del caso.



HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA
Magistrado



HUGO ALEXANDER RÍOS GARAY
Magistrado
SALVO VOTO



ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN
Magistrada



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

**PROCESO SUMARIO
RADICADO: 00 2021 00621 01
DEMANDANTE: ANDRES FELIPE ALVAREZ VILLOTA
DEMANDADO: MEDIMAS E.P.S.**

M.P. HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA

SALVAMENTO DE VOTO

Con mi acostumbrado respeto por las decisiones de esta Sala de Decisión, me permito manifestar que me aparto de la decisión adoptada en el proceso de la referencia, pues en mi criterio el recurso interpuesto debió rechazarse en cuanto se trata de un proceso de única instancia.

En efecto, las decisiones que se adopten dentro de un proceso de única instancia no son susceptibles de apelación, según lo dispone el artículo 12 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social. Las normas que regulan el ejercicio de funciones jurisdiccionales por parte de la Superintendencia Nacional de Salud¹, no modificaron las reglas sobre competencia funcional por razón de la cuantía, en los procesos laborales que se deban tramitar ante dicha autoridad administrativa, criterio que se acompasa con el carácter preferente y sumario que le atribuyó el Parágrafo 2º del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado

¹ Art. 41 Ley 1122 de 2007; artículo 126 de la Ley 1438 de 2011; art. 30 Decreto 2462 de 2013 y artículo 6º Ley 1949 de 2019.

por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, a los procesos que se tramitan ante dicha superintendencia.

Por otra parte, sería contrario al principio de igualdad material que una misma controversia de cuantía inferior a 20 SMLMV se tramitara en única instancia cuando fuere de conocimiento del juez ordinario laboral, pero de doble instancia cuando fuere tramitada ante una autoridad administrativa en ejercicio de funciones jurisdiccionales.

El respeto de la competencia funcional de las salas laborales de los tribunales superiores de distrito judicial, se mantiene incólume de conformidad con lo previsto en la parte final del Núm. 1º del artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, cuando al regular el recurso de apelación contra las decisiones proferidas por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, establece que "*...En caso que sus decisiones sean apeladas, el competente para resolver el recurso, **conforme a la normativa vigente** será el Tribunal Superior del Distrito Judicial - Sala Laboral- del domicilio del apelante.*", es claro entonces, que tratándose de recursos de apelación contra providencias proferidas por dicha Superintendencia, debe acatarse la normativa vigente en materia de competencia por parte de las salas laborales de los tribunales superiores, entre las que se incluye la competencia funcional de conocer en segunda instancia los procesos cuya cuantía exceda los 20 SMLMV.

En armonía con las anteriores normas jurídicas, el inciso 3º del Parágrafo 3º del artículo 24 del CGP, aplicable al procedimiento laboral por remisión del artículo 145 del CPTSS, establece que "*Las apelaciones de providencias proferidas por las autoridades*

administrativas en primera instancia en ejercicio de funciones jurisdiccionales se resolverán por la autoridad judicial superior funcional del juez que hubiese sido competente en caso de haberse tramitado la primera instancia ante un juez **y la providencia fuere apelable**". Expresamente, este segmento normativo preserva la competencia funcional de los tribunales superiores tratándose de asuntos que conocen a prevención las autoridades administrativas investidas por el legislador de funciones jurisdiccionales.

Finalmente, el Parágrafo 1º del artículo 6º de la Ley 1949 de 2019, dispuso que la sentencia emitida por la Superintendencia Nacional de Salud podía ser apelada y "en caso de ser concedido el recurso", debía remitirse el expediente al Tribunal Superior de Distrito Judicial-Sala Laboral- del domicilio del apelante, con lo cual condicionó la concesión del recurso de apelación por parte del *a quo*, condición que no puede ser otra que el respeto de la ley, específicamente el acatamiento de las reglas de competencia funcional.

En los anteriores términos dejo sustentadas las razones de mi salvamento.


HUGO ALEXANDER RIOS GARAY
Magistrado