



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 00153 01**  
**DEMANDANTE:** PEDRO JOSÉ MURCIA PINEDA  
**DEMANDADO:** MEDIMÁS E.P.S.

Bogotá, D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil veintiuno (2021).

**OBJETO DE LA DECISIÓN**

Procede la Sala de Decisión a resolver el recurso de apelación que interpuso el demandante Pedro José Murcia Pineda contra la sentencia de 27 de marzo de 2020 proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud.

**I. ANTECEDENTES**

Pedro José Murcia Pineda pretende el reconocimiento y pago de los gastos de materiales de cirugía del 22 de febrero de 2018 por valor de \$5.651.800.

En respaldo de sus pretensiones, narró que desde el 2017 presentó dolores en la columna, por lo que acudió a la EPS Médimas, quien únicamente recetó acetaminofén. En razón de ello, debió acudir a los servicios de medicina prepagada MedPlus, la que ordenó cirugía para el 22 de febrero de 2018. Indicó que, Medplus asumió los gastos de sala, cirujano, anestesiología y estadía, y lo único que no cubrió fue el costo de materiales de osteosíntesis.

Señaló que Médimas EPS vía telefónica le informó que todo estaba autorizado para la cirugía. No obstante, el domingo 25 de febrero a la salida de la clínica, se percató que la EPS Médimas no había asumido su responsabilidad, por lo que debió hacer el pago de los costos de material de cirugía con tarjeta de crédito.

## **II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA**

**La EPS Médimas** a través de su apoderado judicial señaló que el promotor tenía autorización de servicios n°. 193059049 Kit de Columna Lumbo Sacro direccionada a Med – Plus Medicina Prepagada S.A, para el procedimiento de sistema de fijación lumbo sacro. Por ello, al haber generado una autorización, corresponde a la IPS responder por los costos de insumos.

## **III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA**

El 27 de marzo de 2020, la Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud, negó las pretensiones formuladas por Pedro José Murcia Pineda.

Como fundamento de su decisión, señaló que el promotor ingresó el 19 de febrero de 2018 a la Clínica Nueva para valoración preanestésica por cuadro de estenosis espinal, por lo que se programó cirugía de columna lumbar como paciente afiliado al plan de medicina prepagada a través de cobertura parcial por parte de Med – Plus. Asimismo, que la Clínica Nueva informó al paciente que debía acercarse a la EPS con el fin de tramitar el procedimiento, ya que de lo contrario debía asumir los costos de los servicios no autorizados. Ante lo cual, narró que el paciente asumió los costos no cubiertos por Med – Plus como particular.

## **IV. RECURSO DE APELACIÓN**

La parte demandante **Pedro José Murcia Pineda** apeló la decisión, para ello, reiteró los hechos que fundamentan la pretensión de reconocimiento y pago de los insumos de cirugía.

## **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 Médimas debe ser exonerada del reembolso por los gastos médicos de insumos en que incurrió el demandante en la cirugía del 22 de febrero de 2018.

## **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, Se advierte que el problema jurídico se circunscribe en establecer si la accionada debe o no asumir los gastos médicos en que incurrió el accionante en los insumos de la cirugía de columna lumbar, realizada en la Clínica Nueva.

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. Igualmente, este derecho debe ser garantizado a través de las prestaciones de salud, estructuradas sobre una concepción integral de la salud, que incluya la promoción de la salud, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Paralelamente, 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. **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.

Frente a la definición de atención de urgencia, tenemos que de acuerdo con el artículo 8 de la Resolución 5521 de 2013, debe entenderse como la *“(...)Modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o*

*futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.”*

En ese mismo sentido, la atención de urgencias de acuerdo con lo establecido en el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. El costo de dichos servicios, conforme la norma en cita, debe ser asumido por la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliado el usuario, salvo en las de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales o en otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ya que en estos supuestos el llamado a sufragar dichos costos es el Fondo de Solidaridad y Garantía.

De otro lado, con respecto a la prestación de los servicios que se deben garantizar en términos generales, la 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 salud<sup>1</sup>. 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 enfermo<sup>2</sup>. 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 (...)”.*

Al descender al presente asunto, se advierte que la Superintendencia Nacional de Salud negó el reembolso de los gastos cancelados de manera

particular por los insumos de cirugía de columna lumbar, al considerar que el paciente asumió los costos no cubiertos por Med – Plus, a pesar de habersele informado que debía acercarse a la EPS con el fin de tramitar el procedimiento de pago de materiales de cirugía.

Decisión que fue reprochada por el accionante, bajo el argumento que existió negligencia en el actuar de la EPS, pues los controles médicos únicamente ordenaban el suministro de acetaminofén, lo cual ponía en riesgo su salud, por lo que debió acudir a un tratamiento a través de medicina prepagada.

Para resolver, se verifica a folio 40 la formula del 6 de febrero de 2018 por parte del médico Remberto Burgos de la Espriella de la Clínica Nueva dirigida a la División Médica de MedPlus, con el fin iniciar trámite para plan lamincetomia más froaminotomia, instrumentación transpedicular, artrodesis intertransversa e instrumental. Asimismo, a folio 41 yace derecho de petición del 19 de febrero de 2018 por parte del demandante a la EPS Médimas, mediante el cual solicitó:

*“(...) el pago de la cotización generada por la Clínica nueva el día 15 del presente mes para poder realizarme la cirugía de Instrumentación Trnspedicular, que es de carácter urgente como lo corrobora las certificaciones radicadas en servicio al usuario el día 16. La cirugía se llevará a cabo el jueves 22 como lo dice la constancia (...)”*

En ese mismo sentido, se acreditó que el 22 de febrero de 2018 ingresó el promotor a la Clínica Nueva para cirugía de columna lumbar inferior derecho y que posterior a la cirugía quedó en hospitalización con controles médicos hasta el 25 de febrero de 2018 a las 14:02, data en la cual se da de alta y se le dan instrucciones de egreso respecto a tratamiento farmacológico. También, reposa misiva del 22 de febrero de 2018 PQR MEDICON 171462 por parte de la EPS Médimas, mediante la cual emite respuesta negativa respecto a la solicitud de *“Cirugía y material de osteosíntesis”*

En el plenario obra, factura de venta n°. 1890500 del 25 de febrero de 2018 emitida por la Clínica Nueva, por concepto de materiales en sala de cirugía por un monto de \$5.651.800. Ante lo cual, se encuentra recibo de caja de la Clínica Nueva del 25 de febrero de 2018, mediante la cual certificó que el señor Pedro José Murcia Pineda pagó la suma mencionada correspondiente a materiales de cirugía (f °. 35).

De otro lado, se acreditó que el promotor cuenta con las siguientes autorizaciones médicas (f °. 50 reverso):

- 16 de agosto de 2017 por parte de la IPS Estudios E Inversiones Médicas Esimed con estado aprobado y para el procedimiento de consulta por primera vez con especialista en oftalmología.
- 12 de septiembre de 2017 para aplicación de terapia antiangiogenica de ojo derecho.
- 12 de octubre de 2017 para procedimiento de terapia antiangiogenica de ojo derecho intravitrea.
- 11 de noviembre de 2017 en los mismos términos de la anterior.
- 22 de febrero de 2018 por parte de la IPS Estudios E Inversiones Médicas Esimed con estado aprobado y para el procedimiento de consulta por ortopedia.
- 22 de febrero de 2018 por parte de la IPS Corporación Nuestra – IPS Chico Navarra con estado aprobado y para el procedimiento de kit de columna lumbo sacro sistema de fijación lumbo sacro.

Finalmente, a través de misiva del 13 de agosto de 2018 la Clínica Nueva rindió informe respecto a los hechos que suscitaron la presente controversia, así:

- 1. Paciente que ingresa a la institución el 19 de febrero de 2018 para valoración pre anestésica, con cuadro de ESTENOSIS ESPINAL siendo programado para cirugía de columna lumbar como paciente de medicina prepagada, recibiendo cobertura parcial por parte de MEDPLUS (...).*
- 2. Se informa a paciente la situación de cobertura, destacando que la Clínica Nueva, nunca ha tenido convenido o contrato alguno con Médimas, indicándole que debería acercarse a su asegurador, para tramitar el procedimiento con dicha entidad, ya que de lo contrario debía asumir el costo de los servicios que no se encontraban autorizados por MEDPLUS.*
- 3. El paciente aceptó voluntaria y libremente el hecho de asumir los costos no cubiertos por MEDPLUS de manera particular, frente a lo cual se procede a programar el procedimiento.*
- 4. PROCESO DE VERIFICACIÓN DE DERECHOS: Paciente quien ingresa al servicio de cirugía ambulatoriamente el día 22 de febrero de 2018 con programación y orden de cirugía columna lumbar quien en el momento de la consulta pre anestésica del día 19 de febrero de 2018 el área de facturación del quinto piso realiza la verificación de derechos para este caso el señor ingresa como Medicina Prepagada y segundo pagador Medimas, se verifican las autorizaciones de la entidad MEDPLUS medicina prepagada de los procedimientos y se le informa al usuario que para el material de osteosíntesis la entidad MEDPLUS no realiza la cobertura que debe acercarse a su EPS o en su defecto cancelarlo de forma particular. El segundo paso verifica los documentos de identificación, hace firmar las garantías e informa los copagos correspondientes a su afiliación.*

*5. PACIENTE QUE INGRESA COMO PARTICULAR: Se anexa ficha donde el paciente ingresa como MedPlus Medicina Prepagada y se anexan autorizaciones donde la entidad MedPlus especifica: "no incluye el material de ostesíntesis no es cobertura del plan de medicina prepagada (...)"*

Así las cosas, frente a la atención y realización del procedimiento quirúrgico en la Clínica Nueva, del cual se deriva la solicitud de reembolso, no es predicable la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de la Entidad Promotora de Salud accionada para cubrir las necesidades del promotor, según lo previsto en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, por las razones que pasan a explicarse.

En primera medida, si bien el actor alude en el escrito inicial que múltiples veces acudió a la EPS por dolores en la espalda y que esta únicamente recetó acetaminofén, lo que impidió una atención médica eficaz, lo cierto es que no se allegó prueba de las supuestas atenciones médicas, pues de la trazabilidad de autorizaciones y asignación de citas que fue allegada por la encartada, no es posible inferirlo, toda vez que allí se observa es que para esa data al accionante no se le asignó cita alguna, y más aún, los trámites anteriores versaban sobre una patología en su ojo derecho.

Además, cobra extrañeza el hecho que el promotor señale que se vio en la necesidad de acudir a un especialista particular cuando no existe prueba sumaria de esa urgencia, pues no acreditó la presunta negligencia por parte de la EPS en atenciones previas a la cita con el especialista a través de medicina prepagada.

Bajo ese panorama, advierte la Sala del documento de la trazabilidad de autorizaciones y asignación de citas aportado, es que el demandante no acudió a la EPS para tratar la patología de la cual alega la negligencia, pues la única constancia fue hasta el 19 de febrero de 2018, data en la cual el promotor solicitó el pago de los insumos médicos. Ante lo cual, se debe destacar que el 22 de febrero de 2018 la EPS Medimas autorizó el kit de insumos de cirugía y una cita con especialista con ortopedista.

Lo anterior permite inferir, que la EPS en cumplimiento de su deber de servicio de salud, prestó sus servicios al accionante, razón por la cual no se entiende por qué el actor, en caso requerir el servicio de salud no acudió a una IPS adscrita a su EPS.

Aunado a ello, no puede esta Colegiatura pasar por alto que fue el médico de la Clínica Nueva quien autorizó el procedimiento de cirugía. Asimismo, tal y como lo previó la Clínica, el promotor bajo su propia voluntad decidió asumir los gastos de los insumos de la cirugía, lo cual se puso de presente al demandante previo a la cirugía.

En esa medida, no existen razones atendibles del señor Pedro Murcia en acudir a una institución que no tenía convenio con su EPS, en una atención que conforme los documentos no se trata de una urgencia, pues contrario a ello, la documental certifica que todo el procedimiento se trató de algo reglado y programado con anterioridad.

En ese horizonte, habrá lugar a confirmar 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 27 de marzo 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*  
**HUGO ALEXANDER RÍOS GARAY**  
Magistrado  
*SALVO VOTO*

*Ángela Lucía Murillo Varón*  
**ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN**  
Magistrada *Sumario 2021-00153-01*