



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá

Sala Laboral

DEMANDANTE: JORGE ENRIQUE CARRILLO CONTRERAS

DEMANDADO: FAMISANAR E.P.S.

RADICADO: 11001 22 05 000 2022 00336 01

MAGISTRADA PONENTE: ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN

Fecha: Bogotá D.C., quince (15) de marzo de dos mil veintidós (2022)

S E N T E N C I A:

Procede la Sala de Decisión Laboral del Tribunal Superior de Bogotá, en cumplimiento de lo dispuesto por el Decreto 806 de 4 de junio de 2020, emitido por el Gobierno Nacional en el marco del Estado de Emergencia, artículo 15 y concordantes y el Acuerdo PCSJA20-11567, expedido por el Consejo Superior de la Judicatura, artículo 10, a resolver el recurso de apelación interpuesto por EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS S.A.S. contra la sentencia proferida el 27 de mayo de 2021 por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud.

SÍNTESIS DE LA DEMANDA

Pretensiones:

Que se ordene a FAMISANAR EPS el reconocimiento económico de la suma de \$18.175.880 por los gastos en que incurrió por concepto de atención de urgencias (fl. 1-7).

SÍNTESIS DE LA CONTESTACIÓN

FAMISANAR EPS contestó la demanda oponiéndose a las pretensiones al considerar que no se evidencia negligencia demostrada por parte de la EPS ya que no existió incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada y, en consecuencia, el reembolso solicitado es improcedente, aunado a que el demandante decidió tomar los servicios de manera particular, pese a que la EPS autorizó los servicios médicos requeridos por el demandante para contrarrestar la patología.

DECISIÓN DE LA PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante decisión de 27 de mayo de 2021, accedió parcialmente y ordenó a FAMISANR EPS reembolsar al demandante la suma de \$14.701.857 en el término de cinco (5) días contados a partir de la ejecutoria de la providencia.

Para la decisión anterior consideró que en el expediente no obran las autorizaciones en salud emitidas por FAMISANAR y, por el contrario, el demandante sí aportó certificado de solicitud devuelta bajo el argumento "el usuario tiene pac activo, por favor dirección al usuario a punto de atenciones pac" expedido el 24 de noviembre de 2019 por Colsubsidio; documento que acredita lo expresado por el demandante quien informó que FAMISANAR EPS no generaba la autorización de los exámenes y por el contrario debía realizar más trámites administrativos.

De tal manera que FAMISANAR no garantizó de forma oportuna, continua e integral la prestación efectiva para el tratamiento de cáncer de próstata del paciente viéndose obligado a acudir con sus propios medios a la Clínica el Country.

Respecto de la pretensión sobre incapacidad expedida al actor, la que no fue de manera expresa, indica que por la modificación contenida en la Ley 1949 de 2019, dicha competencia fue suprimida para la Superintendencia.

RECURSO DE APELACIÓN

Parte Demandada

FAMISANAR EPS dentro de la oportunidad procesal presentó recurso indicando que el accionante presentó solicitud de reembolso por la suma de \$2.406.877 y \$380.000 por apoyos diagnósticos de Biopsia de próstata que fueron negados porque el actor de manera libre y voluntaria accedió a la toma de esos servicios en la IPS administradora COUNTRY sin seguir los procesos autorizadores por FAMISANAR SAS, Plan complementario, ni contar con prescripción médica.

Respecto del valor de \$10.059.000 por concepto de prostatectomía radical, honorarios, derechos de sala y estancia hospitalaria, dicho valor no es procedente porque el usuario no radicó tal solicitud para la autorización de procedimientos, lo cual quiere decir que el usuario realizó los procedimientos de forma particular y voluntaria.

El usuario fue valorado el 4 de enero de 2019 por soporte Oncológico de la IPS Centro Nacional de Oncología adscrita en su momento a la red de prestadores de EPS FAMISANAR, en la que se contaba con un concepto previo particular en el cual se definía un manejo quirúrgico, sin embargo, por parte del profesional de soporte oncológico se define la remisión del paciente a la especialidad de urología

oncológica previa presentación de exámenes de rutina para definir conducta, sin embargo, ni el concepto particular como la atención indicada por soporte oncológico de la IPS fueron allegados por parte del usuario para dar continuidad al tratamiento médico, asumiendo la atención de forma libre y voluntaria de forma particular.

Adicionalmente, revisados los registros no se evidencia soporte alguno dentro del plenario sobre la reclamación y/o solicitud de reembolso para determinar la aprobación o negación del mismo, motivo por el cual no se puede hablar de negación por parte de la EPS; tampoco se evidencia solicitud de autorización de servicios a través de la ruta establecida por la EPS por parte de la IPS que trató al demandante.

En conclusión, no existió incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada, aunado a que el reclamante no ha realizado radicación o solicitud a la EPS por lo que no se puede hablar de una negación de servicios por parte de la EPS, y en consecuencia, no procede el reembolso por falta de radicación del mismo, aunado a que la EPS autorizó todos los servicios médicos que requería el demandante, pero el mismo no se adhirió al tratamiento que hace improcedente la petición.

PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER

Determinar si hay lugar a revocar la decisión de primera instancia que accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda.

CONSIDERACIONES

Marco normativo

La Ley 1122 de 2007 al consagrar las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud le asignó en el artículo 41 literal b) *“el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado 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 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 Ley 1438 de 2011 establece los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellos, los de calidad y eficiencia.

La Ley 1751 de 2015 contempla los derechos y deberes de las personas en el artículo 10.

El artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, dispone:

“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.”

De acuerdo al marco normativo reseñado, el reconocimiento de reembolsos por gastos de servicios de salud procede en los siguientes casos:

- Por atención de urgencias en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS;
- cuando medie autorización expresa de la EPS para la atención de un caso específico y;
- En casos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Con el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente.
- con la reclamación deberá adjuntarse 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.

Atendiendo lo preceptuado anteriormente, se tiene que en el presente asunto la Superintendencia Nacional de Salud ordenó reconocer y pagar a favor de la demandante la suma de \$14.701.857 y la demandada señala que no se cumple con

los presupuestos del artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 para atender dicho pago.

Revisado el expediente se encuentra que el demandante presentó solicitud a COLSUBSIDIO la cual fue devuelta el 26 de noviembre de 2018, indicando que "EL USUARIO TIENE PAC ACTIVO, FAVOR DIRECCIONAR AL USUARIO A PUNTO DE AUTORIZACIONES PAC"; las solicitudes de reembolso de 1 y 4 de diciembre de 2018 presentadas a FAMISANAR; la historia clínica del Centro Nacional de Oncología con fecha de consulta 4 de enero de 2019, en la que se indica como diagnóstico primario tumor maligno de próstata, se autorizan ordenes médicas y exámenes. Respuesta negativa de la EPS sobre los reembolsos el 11 de enero de 2019.

El 6 de febrero de 2019, se realizó la cirugía PROSTATECTOMÍA RADICAL MÁS LINFADENECTOMÍA AMPLIADA POR CÁNCER DE PRÓSTATA, el 18 de febrero de 2019, presenta derecho de petición con la solicitud de autorización y practica de radioterapias y demás procedimientos, e informa sobre los inconvenientes presentados para la entrega de órdenes y atenciones médicas que habían sido autorizadas por FAMISANAR.

El 1 de marzo de 2019, FAMISANAR responde el derecho de petición indicando que el paciente cuenta con cita programada para el 11 de marzo de 2019, fecha en la que fue atendido en el Centro Nacional de Oncología.

Del análisis de los documentos que obran en el expediente, se tiene que al demandante le fue autorizado por la EPS exámenes médicos y autorizaciones para la atención de la patología desde el 4 de enero de 2019, sin embargo, no se acredita en el expediente que la EPS haya realizado los trámites pertinentes para evitar que la salud del afiliado se deteriorara al punto que fue necesario que se practicara la cirugía el 6 de febrero de 2019 de manera particular.

Nótese que a pesar de que la entidad que pertenece a la red de la EPS indicó como diagnóstico un tumor malino de próstata, el 4 de enero de 2019, solo se evidencia la asignación de la cita para atención médica para el 11 de marzo de 2019 y, ello como consecuencia de un derecho de petición, no porque existiera la disponibilidad de la atención por parte de la red de la EPS, lo que denota que incumplió con sus obligaciones de aseguramiento de manera oportuna y eficiente al momento en que el usuario requirió de ella.

De tal manera que al acreditarse en el proceso que el paciente requería de la atención médica ante el deterioro de su salud y que se habían otorgado las autorizaciones médicas para la atención, sin que se acredite la disponibilidad para la atención por parte de la demandada, no se encuentra razón alguna para que la entidad alegue la falta de autorización, lo cual denota por el contrario una negativa injustificada en la prestación del servicio médico de manera oportuna lo cual da

lugar a confirmar la orden de reembolso de conformidad con las circunstancias señaladas en el artículo 14 antes mencionado emitida en la sentencia de primera instancia.

COSTAS no se impondrán en esta instancia.

En mérito de lo expuesto, la **SALA LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia de 27 de mayo de 2021 proferida por la Superintendencia Nacional de Salud Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación, por las razones expuestas.

SEGUNDO: Notificar a las partes la presente decisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN
Magistrada


LUCERO SANTAMARÍA GRIMALDO
Magistrada


HUGO ALEXANDER RÍOS GARAY
Magistrado