



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI**  
**SALA LABORAL**

Santiago de Cali, veinticuatro (24) de febrero de dos mil veintitrés (2023).

**SENTENCIA NÚMERO 032**  
**Acta de Decisión N° 018**

El Magistrado Ponente **CARLOS ALBERTO OLIVER GALÉ**, en asocio de los magistrados **MÓNICA TERESA HIDALGO OVIEDO** y **LUIS GABRIEL MORENO LOVERA** integrantes de la Sala de Decisión proceden a resolver la **APELACIÓN** de la sentencia No. S2020-000362 del 28 de febrero de 2020, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación dentro del proceso propuesto por la señora **BEATRIZ MOLINA BERMEO**, con el fin que se ordene a **COMFENALCO VALLE EPS**, el reembolso de \$26.061.418,00, gastos en que incurrió por atención de la fractura que padeció en el tobillo izquierdo, la cual fue brindada de manera particular en la IPS Centro Médico Imbanaco de Cali, junto con los intereses de mora y las indemnizaciones a que hubiera lugar.

**ANTECEDENTES**

Informan los hechos que, el 19 de septiembre de 2016, a las 6:30 am, al salir de su residencia, con destino a su lugar de trabajo, sufrió una caída desde su propia altura, que le generó torsión en el pie izquierdo, provocándole dolor intenso; que imposibilitándole su libre locomoción, fue llevada a urgencias de la Clínica Comfenalco Valle EPS, donde fue atendida por medicina



general, siéndole ordenado medicamentos y radiografía de tobillo izquierdo, y diagnosticada con Esguince de Tobillo Izquierdo, se le vendó el pie y se le prescribió incapacidad por 5 días; refiere que, en el transcurso de la semana ni el dolor, ni la inflamación cedieron, contrario a ello, se intensificaron y además presentó equimosis cada vez más extensa; que ante la imposibilidad para movilizarse alquiló equipo de muletas; que cumplida la incapacidad, el 26/09/2016, se dirigió a la I.P.S. Centró Médico del Parque Jamundí S.A.S., donde fue atendida por el médico Luis Javier Peña Cuene, ordenándole reposo absoluto, radiografía de los dedos y pie izquierdo, terapia física, valoración por ortopedia, medicamentos para el dolor e incapacidad por 10 días.

Aduce que, procedió vía telefónica a solicitar cita con el especialista en ortopedia y cita para radiografía, informándole el funcionario que la atendió, que la ayuda diagnóstica quedaría programada para el 7/10/2016 a las 2:40 pm, y la interconsulta con ortopedia, para el 17/11/2016 a las 3:40 pm, sin embargo, que transcurrieron los días sin poder apoyar el pie; que al llegar al término de los 10 días de incapacidad y al no mejorar, solicitó nueva cita con el médico general de la EPS, asignada para el 6/10/2016, fecha en que se le diagnosticó esguince y torcedura de tobillo, y se le prorrogó incapacidad por dos días más, pese a ello, culminado dicha incapacidad, al observar que su padecimiento empeoraba, solicitó nueva valoración médica, asignada para el 10/10/2016, a la cual llevo los resultados de la radiografía ordenada con anterioridad, concluyendo el médico que no presentaba fracturas, pero ordenó incapacidad por 10 días, sesiones de fisioterapia, entre otros.

Refiere que, al continuar con toda la sintomatología, y sin mejoría con ninguno de los tratamientos seguidos por un mes con la EPS e IPS, guiada por un profesional de salud amigo, decidió realizarse de manera particular,



una resonancia magnética nuclear de tobillo izquierdo en dinámica, en fecha de 14/10/2016, con un costo de \$1.850.000, y aplicado un descuento, quedó en valor de \$382.264; que el 18 de octubre de 2016, fue atendida por el médico general de la EPS, quien remitió a medicina familiar, atendida ese mismo día, galeno que dictaminó, que tenía esguince de tobillo izquierdo muy limitado, prescribiéndole cita con medicina laboral, la cual fue programada para el 31/10/2016; que el 24/10/2016 fue valorada con medicina general, fecha en la que entregó al médico tratante el resultado de la resonancia magnética nuclear de tobillo izquierdo, que pago de manera particular, en la que se indicaba “*FRACTURA DE CUBOIDES CON EDEMA ÓSEO ASOCIADO*”; que ante el nuevo diagnóstico, y después de considerar haber estado mal diagnosticada, aunado a la demora para ser valorada por ortopedia, decidió consultar de forma particular con dicha especialidad, en el Centro Médico Imbanaco, cita que tuvo un costo de \$150.000, y donde se le ordenó una tomografía, siendo asumida de manera particular, por un costo de \$480.000, y efectuado el descuento quedo en \$113.652; que el 22/10/2016 le fueron entregados los resultados de dicho examen, evidenciándose que tenía fracturas del cuboides y parte anterior del calcáneo.

Asimismo que, el 27/10/2016, fue atendida en la Clínica Nuestra, por el ortopedista, adscrito a la EPS accionada, a quien la actora le entregó las ayudas diagnosticas realizadas, donde al revisar las mismas, el especialista, le señaló que eso no era nada, y que con una bota ortopédica se le mejoraría; que la accionante al ver la negativa injustificada, negligente y falta de respecto con la que estaba siendo tratado su caso por parte del personal médico de la EPS accionada, el 28/10/2016, fue valorada de manera particular por el ortopedista Dr. Gerstner, valoración que tuvo un costo de \$150.000, quien al ver los resultados de los exámenes, le ordenó la práctica del procedimiento quirúrgico de “*ARTROSIS DE TOBILLO LADO IZQUIERDO, RECONSTRUCCIÓN DE*



*LIGAMENTOS DE TOBILLO Y DE MEDIO PIE IZQUIERDO, FTA, CUBOIDEA, LISFRANC*”, procedimiento asumido de manera particular en el Centro Médico Imbanaco, por un valor de \$9.487.751, más honorarios de especialistas de \$8.000.000, materiales por \$2.287.751, medicamentos por \$200.000, bota larga tipo Walker, por \$250.000, parche para el dolor por \$100.000; cita de control postquirúrgico, por valor de \$180.000, curaciones por \$70.000, inyecciones por \$270.000, otros medicamentos e insumos por \$300.000; tratamientos de visco suplementación en el Centro Médico Imbanaco, por la suma de \$1.050.000, fisioterapia e hidroterapia, por un total de \$1.000.000, y la suma de \$800.000, de medicamentos e implementos postquirúrgicos.

Finalmente, el 9/11/2016, envió derecho de petición a la EPS accionada, solicitando el reembolso de todas las erogaciones efectuadas, petición contestada el 21/11/2016, de forma negativa.

### **TRÁMITE ANTE LA SUPERINTENDENCIA**

Recibida la solicitud el 29/08/2017 (DEMANDA1-2017-102656), fue admitida mediante auto del 23 de agosto de 2017 (Pág. 33- EXPEDIENTE DIGITAL), corriéndose traslado a las demandadas el 5 de octubre de 2017. (Pág. 43 a 54 EXPEDIENTE DIGITAL).

Al respecto, la el **CENTRO MÉDICO DEL PARQUE JAMUNDÍ- IPS**, el 29 de noviembre de 2017, allegó escrito de contestación a la demanda, a través del cual solicitó, que en cuanto a las acusaciones en contra de la IPS, se desestime totalmente en virtud de no existir acción desacertada, voluntaria y negligente de parte de sus médicos tratantes, que hubiere orientado la falla en el servicios alegada por la demandante, considerando que no puede



endilgarse responsabilidad alguna al citado centro médico, al indicar que el servicio en cuanto a lo del primer nivel y competencia, fue prestado de forma diligente e idónea conforme a las circunstancias y medios existentes en la IPS; además que, los procedimientos y actos médicos del nivel superior no eran de su facultad para autorizarlos y menos prestarlos.

Del expediente remitido, no se avizora escrito de contestación a la demanda por parte de la EPS accionada, además que en la sentencia objeto de apelación, se indicó que dicha entidad no contestó la demanda.

En el informe Técnico de la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, se desprende que la accionante insistió en el manejo quirúrgico, por lo cual se dirigió a la Clínica Imbanaco para realizar su cirugía de forma particular, sin haber gestionado la valoración por ortopedia, además de no haberse encontrado soportes de la gestión; en igual sentido, que de los soportes asistenciales, no se encontró notas del procedimiento quirúrgico, así como tampoco de la aplicación de visco suplementación; además que, dentro de la revisión administrativa, únicamente se tuvieron en cuenta las facturas por un valor total de \$11.033.677; que respecto de las demás, no de aportó orden médica, las facturas son ilegibles, no corresponden a servicios de salud, o no presentan detallado de cargos.

Concluyendo que, la pretensión no corresponde a una atención inicial de urgencias, el valor de la demanda únicamente soporta facturas por un valor de \$11.033.677; resaltando que si bien, existe una inadecuada precepción en lo que tiene que ver con la calidad de atención, teniendo en cuenta que a la usuaria se le iniciaron terapias físicas sin descartarle por completo el diagnóstico de fractura, y luego de ello, acudió de forma particular al cirujano,



quien solicitó una tomografía, que confirmo el diagnóstico de fracturas de cuboides y de parte anterior del calcáneo; sin embargo, que el 28 de octubre de 2016, la accionante ingreso a manejo quirúrgico en la Clínica Imbanaco de esta ciudad, que había sido ordenado en consulta particular, peso a ello, no se evidencio que la orden médica, hubiere sido tramitada, deduciendo que la EPS, no conocía de los hechos. (Pág. 93 EXPEDIENTE DIGITAL)

### **DECISIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD**

A través de Sentencia S2020-00362 proferida el 28 de febrero de 2020, la Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, accedió parcialmente a la pretensión formulada por la señora Beatriz Molina Bermeo, en contra de Comfenalco Valle EPS, ordenando a ésta reconocer y pagar a favor de la accionante, la suma de \$675.916.

Adujo la entidad *que*, es procedente el reembolso de los gastos que incurrió la demandante, por concepto de resonancia magnética y tomografía de extremidades y articulaciones prácticas en la IPS Dinámica, y de la consulta particular con el médico ortopedista, en el Centro Médico Imbanco; sin embargo, respecto a los gastos de cirugía de *reparación de ligamento peroneo astragalino anterior por artroscopia, reducción abierta de fractura de tarso con fijación interna y de artrosis tarsometatarsal*, realizada a la actora, no encontró dentro del expediente, los trámites realizados por la paciente o alguno de sus familiares para la asignación con el médico subespecialista en pie, que le ordenó el ortopedista de la red de prestadores de la EPS, así como tampoco, para la autorización de los procedimientos quirúrgicos que requería y que se practicó de



manera particular el 28 de octubre de 2017, deduciendo que la EPS, no conocía de la realización de los mismos.

Resaltando que, la actora optó por continuar con el resto de su tratamiento de manera particular, sin importar si mediaba o no autorización del asegurador, no avizorando negativa injustificada o negligencia demostrada, por cuanto, la demandante voluntariamente hizo dejación de los servicios que le estaba proporcionando su asegurador, sin tener en cuenta que toda orden dada por el médico tratante requiere tramitar una autorización por parte del asegurador en un tiempo prudencial para ello.

## **APELACIÓN**

Inconforme con la decisión proferida en primera instancia, la parte demandante, interpuso recurso de apelación, aduciendo que, los dineros sufragados por la actora, se generaron por que se vio obligada a incurrir en los mismos, debido a la negligencia demostrada, de las entidades demandadas, desde que acudió al servicio de urgencias y la diagnosticaron mal, con los consecuentes procedimientos erróneos que terminaron afectado la salud de la accionante, causándole lesiones altamente lesivas a su humanidad, que de no ser tratadas de manera inmediata y por el personal idóneo hubieren dejado secuelas vitalicias; además que, todos los profesionales de la salud que intervinieron en su caso, fueron realizadas con impericia y manifiesta negligencia.

Señala que, la decisión que tomo la demandante, no obedece a una decisión deliberada, a tomar un servicio particular de salud, por el contrario, lo hizo para evitar un diáfano perjuicio irremediable, al ser consecuencial



quedar con limitación funcional de su pie izquierdo y con perturbación motriz, sino se intervenía quirúrgicamente, y pese a que acudió una y otra vez a clamar ayuda de su EPS e IPS, fue tratada con irrespeto y negligencia por parte de los profesionales de salud de esas entidades, solicitando con ello, se revoque el fallo y se conceda la solicitud de reconocimiento del reembolso del dinero efectivamente sufragado, por negligencia demostrada.

Las partes no presentaron alegatos de conclusión.

## **CONSIDERACIONES DE LA SALA**

### **1. COMPETENCIA**

El Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social asignó a la jurisdicción laboral y de seguridad social el conocimiento de *“las controversias referentes al sistema de seguridad social integral que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, cualquiera que sea la naturaleza de la relación jurídica y de los actos jurídicos que se controviertan”* (artículo 2º numeral 4º).

Compete a la jurisdicción laboral conocer sobre las controversias suscitadas debido al servicio público de salud; también se asignó a las Salas Laborales de los Tribunales Superiores de Distrito Judicial conocer, entre otros asuntos, de los recursos de apelación contra los autos susceptibles de dicho recurso y contra las sentencias proferidas en primera instancia (art. 15).



El artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 dotó “*con facultades jurisdiccionales para conocer a la Superintendencia Nacional de Salud (conflictos de la seguridad social en salud relacionados con coberturas del POS, reembolso de gastos de urgencia, multifiliación y libre elección y movilidad dentro del sistema), dicha entidad desplaza, a prevención, a los jueces laborales del circuito (o civiles del circuito en los lugares en que no existen los primeros), **cuya segunda instancia está asignada a la Sala Laboral de los Tribunales Superiores de Distrito Judicial. En ese orden de ideas, las decisiones judiciales de la Superintendencia Nacional de Salud serán apelables ante las Salas Laborales de los Tribunales Superiores de Distrito Judicial, como superiores jerárquicos de los jueces que fueron desplazados por la referida entidad administrativa de su función de decidir en primera instancia.***” (Sentencia C-119-08. Negrillas fuera del texto).

Así lo ha decantado la jurisprudencia especializada al señalar:

“Por demás el artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, que otorgó al Superintendente Delegado el conocimiento en primera instancia de los asuntos contemplados en «el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011 y en las demás normas que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan», **previó la posibilidad de apelar dichas decisiones, y asignó como competente para resolver tal recurso al «Tribunal Superior del Distrito Judicial –Sala Laboral– del domicilio del apelante.**” (Sentencia de tutela del 23 de abril de 2014, Radicación No. 36022, STL 5150 – 2014).

## 2 PROBLEMA JURÍDICO



Decantada la competencia de la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali, para pronunciarse sobre el recurso de apelación presentado por la demandante BEATRIZ **MOLINA BERMEO**, respecto de la decisión adoptada por la Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, el 28 de febrero de 2020, se procede a determinar el problema jurídico.

Se centra el conflicto jurídico en establecer si la EPS demandada, debe reembolsar la suma de \$26.061.418, por concepto de gastos en que incurrió la accionante, para la realización del procedimiento quirúrgico de “*ARTROSCOPIA DE TOBILLO LADO IZQUIERDO, RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTOS DE TOBILLO Y DE MEDIO PIE IZQUIERDO, FTA, CUBOIDEA, LISFRANC.*”

### 3. CASO CONCRETO

Para resolver el problema jurídico planeado, se tiene que, el artículo 152 de la Ley 100 de 1993 establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos objetivos son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

A su turno el artículo 159, de la norma en cita, dispone que a los afiliados al S.G.S.S.S. se les debe garantizar, por parte de las Entidades Promotoras de Salud, entre otros, la atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, hoy Plan de Beneficios en Salud, y de urgencias, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios adscritas.

El artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, prevé que: “*para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del*



*riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud”*

Por su parte, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, emitida por el Ministerio de Salud, instituyó algunas reglas frente al reconocimiento de reembolsos al indicar que la Entidad Promotora de Salud, a la que esté afiliado el usuario, deberá reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta, en los siguientes casos:

- a) Atención de urgencias en caso de ser atendido por una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.
- b) Cuando exista una autorización expresa de la E.P.S para una atención específica; y
- c) En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S. para cubrir sus obligaciones frente a los usuarios.

Del caso objeto de estudio, no es materia de discusión, que en efecto la señora Beatriz Molina Bermeo, se encontraba afiliada en el régimen contributivo en la EPS accionada; al igual que, nació el 8 de junio de 1962, esto es, para el año 2016, contaba con 54 años de edad.

Ahora bien, de los medios probatorios, obrantes en el expediente, en especial de la historia clínica, se observa que, la señora Molina



Bermeo, el 19/09/2016, fue atendida en la Clínica Nuestra, red adscrita a la EPS accionada, en razón a caída, que le generó el diagnóstico de “ESGUINCE DE TOBILLO”, fecha en la que el médico tratante recomendó, lo siguiente:

RECOMENDACIONES			Página: 1
Paciente: CC	31522652	BEATRIZ MOLINA BERMEO	Folio: 12
Edad:	54 A	Convenio: SERV. PRESTADOS CLINICA NUESTRA CAPITA	
<p>9 . OTRAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>reconsultar si presenta.</li> <li>dolor intenso que no mejora con los medicamentos.</li> <li>el pie se le hincha mas.</li> <li>reclamar lectura de radiología</li> <li>solicitar cita de forma ambulatoria en 6 dias para valoración y definir si requiere mas incapacidad.</li> <li>dieta normal</li> <li>reposo</li> </ul>			

Seguidamente fue valorada y atendida por medicina general, el día 26 de septiembre de 2016, desprendiéndose de las notas dejadas en el análisis de la enfermedad actual, que la accionante consultó en emergencias con estudio radiológico normal, por persistencia de dolor, marchando con apoyo de muletas, fecha en la que se le ordenó dentro del plan de manejo, reposo absoluto, terapia física, radiografía del pie y lateral, y cita por ortopedia, para la atención de los diagnósticos de “ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO” y “ESGUINCES Y TORCEDURAS DE DEDO(S) DEL PIE”. (Pág. 20- DEMANDA1)

El 6 de octubre de 2016, fue valorada por medicina general, y se le prescribió dentro del plan de manejo, incapacidad medica por dos días, ibuprofeno y acetaminofén, con las notas médicas de encontrarse pendiente toma de radiografía y valoración por ortopedia.



TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI  
SALA LABORAL

Ref: Ord. BEATRIZ MOLINA BERMEO  
C/. COMFENALCO VALLE EPS Y OTRO  
Rad. 000-2021-00302-00

REG. 701201 MEDICINA GENERAL				
SEDE DE ATENCIÓN:	006	JAMUNDÍ	Edad : 5	
FOLIO	14	FECHA 06/10/2016 11:19:03	TIPO DE ATENCION	AMBULATORIO
<b>MOTIVO DE CONSULTA</b> "por el tobillo"				
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b> paciente de 54 años quien refiere cuadro clinico de aprox 16 dias por trauma a nivel maleolar izquierdo con posterior edema. y limitacion funcional. se dio manejo analgesico, pendiente para inicio de fisioterapia, toma de rx para mañana, valoracion por ortopedia. refiere incapacidad para la marcha. tomando ibuprofeno c/8 hrs, dolexc/6 hrs. medios fisicos antecd pat: niega alerg: niega				
<b>EXAMEN FISICO</b> CABEZA Y ORAL: mucosas humedas, conjuntivas rosadas.. EXTREMIDADES INFERIORES: edema bimalleolar izquierdo. hematoma. dolor a la palpacion. hematoma en dedos 2-3-4. limitacion funcional				
<b>ANALISIS</b> paciente con anteced traumático no caída. con lesion a nivel de maleolo bilateral izquierdo. actualmente marcha antalgica, se evidencia hematoma en pie generalizado. edema persistente. pendiente toma rx (mañana)				
<b>PLAN Y MANEJO</b> incapacidad medica x 2 dias pendiente toma rx ibuprofeno acetaminofen				

Para el 10 de octubre de 2016, el médico tratante, dejó como nota de la atención médica que, paciente llevó radiografía de pie izquierdo, sin evidenciarse fractura, con manejo sintomático, antiinflamatorio, y prescribió, inicio de fisioterapia, valoración ortopedia e incapacidad por 5 días.

**ANALISIS**

PACIENTE DE 54 AÑOS CON RX SIN EVIDENCIA DE FRACTURA. PERSISTE DOLOR, EDEMA Y LIMITACION FUNCIONAL.

**PLAN Y MANEJO**

SE INDICA INICIO DE FISIOTERAPIA #10

P/VAL ORTOPEDIA

MEDIOS FISICOS.

INCPAPACIDAD MEDICA X 5 DIAS

**Evolucion realizada por: MIGUEL ANGEL HERRERA JIMENEZ-Fecha: 10/10/16 10:32:30**

En valoración médica del 18 de octubre de 2016, se dejó como anotaciones en la historia clínica, que se trata de paciente pendiente de valoración por ortopedia, sin resolución de su cuadro, prescribiéndole, valoración por medicina familiar y prórroga de incapacidad, y cita programada para ortopedia para el 17 de noviembre de la calenda en cita.

En la fecha antes descrita, fue valorada por medicina familiar, por el diagnóstico de esguinces y torcederías de los dedos del pie, y se le ordenó en el plan y manejo lo siguiente:



**ANALISIS**

ESGUINCE DE TOBILLO PIE IZQUIERDO, MUY LIMITADA, ES PROBABLE QUE HAYA SIDO UN ESGUINCE GRADO III.

**PLAN Y MANEJO**

INMOVILIZAR CON ZAPATO  
MEDICINA LABORAL, AGILIZAR CITA ORTOPEdia

Evolucion realizada por: **ALVARO ALOMIA ARCE**-Fecha: 18/10/16 14:29:59

<b>DIAGNOSTICO</b> S934	ESGUINCES Y TORCEDURAS DEL TOBILLO	Tipo PRINCIPAL
<b>INTERCONSULTAS</b>		
INTERCONSULTA POR: VALORACION ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA		Fecha de Orden: 18/10/2016
<b>OBSERVACIONES</b>		
ALTA PRIORIDAD, LLVA 1 MES INCAPACITADA. ESGUINCE TOBILLO		
<b>RESULTADOS :</b>		
INTERCONSULTA POR: VALORACION MEDICINA DEL TRABAJO		Fecha de Orden: 18/10/2016
<b>OBSERVACIONES</b>		
HACE 1 MES, ESGUINCE TOBILLO IZQUIERDO, AUN INCAPACITADA, PDTE CITA ORTPEDIA.		

Para el día 24 de octubre de 2016, dentro de la enfermedad actual se describió:

**ENFERMEDAD ACTUAL**

PACIENTE DE 54 AÑOS CON ANTECD DE TORCEDURA DE PIE IZQUIERDO. CON LIMITACION FUNCIONAL, EDEMA LOCAL. TRAE REPORTE DE TAC. FRACTURA DE PARTE MEDIA Y SUPERIOR DE CUBOIDES. BORDES ESCLEROSOS, DISCRETA IMPACTACION SIN SEPARACION DE FRAGMENTOS. DISCRETO ABOMBAMIENTO DE LA CORTICAL EXTERNA EN LA PARTE MEDIA Y SUPERIOR DE CUBOIDES. .  
FRACTURA PARTE ANTERIOR DE CALCANEO.  
PERSISTE EDEMA + LIMITACION FUNCIONAL.

Generandole para esa data, el diagnóstico de “*FRACTURA DEL PIE NO ESPECIFICADA.*”, e incapacidad de cuatro días.

El 27 de octubre de 2016, fue valorada por el especialista de ortopedia y traumatologia adscrito a la EPS accionada, quien en virtud de las ayudas diagnosticas de radiografia, resonancia magnetica y tomografia, que dieron como resultado fractura de cuboides izquierdo, prescribio valoración prioritaria por la subespecialidad de pie.



TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI  
SALA LABORAL

Ref: Ord. BEATRIZ MOLINA BERMEO  
C/. COMFENALCO VALLE EPS Y OTRO  
Rad. 000-2021-00302-00

**Análisis**  
Análisis: RMN, TAC Y RX DE TOBILLO DONDE MUESTRAN FX DE CUBOIDES IZQ  
VALORADA POR MEDICO PARTICULAR (DR. BERNARDO GERSTNER) CONCEPTUA MANEJO QX PARA DICHA LESION

**Plan de Manejo**  
Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO  
PLAN: RMN, TAC Y RX DE TOBILLO DONDE MUESTRAN FX DE CUBOIDES IZQ  
VALORADA POR MEDICO PARTICULAR (DR. BERNARDO GERSTNER) CONCEPTUA MANEJO QX PARA DICHA LESION  
SE SOLICITA VALORACION PRIORITARIA POR SUBESPECIALIDAD DE PIE  
INCAPACIDAD

Dx. Principal: S922-FRACTURA DE OTRO(S) HUESO(S) DEL TARS

Guillermo Valencia V.  
ORTOPEDIA  
C.C. 14.951.308

Guillermo Valencia V.  
Ortopedista  
C.C. 14.951.308  
Reg: 9878

04 NOV 2016

DR. ORTOPEdia VALENCIA GUILLERMO AGENDA1  
CC 14981308  
Especialidad. ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA  
Registro. 05029

Ahora bien, de la historia clinica del Centro Médico Imbanco, se sustrae que, el 20 de octubre de 2016, fue atendida por la especialidad de Ortopedia y Traumatologia de manera particular, y en virtud del cual, la demandante fue diagnósticada con “Fractura de cuboides izq”; asimismo, en consulta recibida el 28/10/2016, dicho especialista, en razon del resultado de la resonancia magnetica realizada por la actora de manera particular, determinó “lesion del FTA con fractura en cascanueces y lesion de lisfranc.”, prescribiendole dentro del plan de manejo, el procedimiento de reconstruccion de ligamentos del tobillo y de medio pie izquierdo.

**Resultados de Exámenes**  
28-octubre-2016 11:51 am  
R.E Resonancia Magnetica

Fecha: lesion del FTA con fractura en cascanueces del cuboides y lesion de lisfranc.

**Plan**  
28-octubre-2016 11:51 am

FTA + cuboides + lisfranc.8 + mat+ clin

dx. lesion de retro y mediopie izquierdo.  
reconstruccion del ligamentos de tobillo y de mediopie izquierdo.

GERSTNER. GAF



Procedimiento quirúrgico, que fu asumido de manera particular por la demandante y practicado en el Centro Médico Imbanaco, el 31 de octubre de 2016, por un valor total de \$9.487.751. (Pág. 28 a 30 y 64-DEMANDA)



**Centro Médico Imbanaco**  
Vocación de Servicio

**CIRUGIA**  
Detalle de cargos

Atención por Reingreso

No. Atención (Hg).....:	5303920	No. de Ingreso(Cuenta):	7516035	Ubicación.....:	
Fecha de Ingreso.....:	31/10/2016 05:09	Fecha de Egreso:	31/10/2016 07:58	Identidad No.....:	CC 31522652
Paciente.....:	<b>BEATRIZ MOLINA BERMEO</b>				
Entidad.....:	<b>PARTICULAR</b>				
Hora Inicio Procedimiento:	06:40	Hora Final Procedimiento:	07:40	Médico:	GERSTNER GARCÉS JUAN BERNARDO
Hora Inicio Anestesia.....:	06:25	Hora Final Anestesia.....:	07:50	Facturas:	

Código CMI	Código CUM	Código ATC	Descripción	Fecha	Médico	Cantidad	V. Unitario	V. Total
<b>PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS</b>								
814904			REPARACION DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR ARTROSCOPIA					
753801			REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO CON FIJACION INTERNA (DISPOSITIVOS DE FIJACION U OSTEOSINTESIS)					
811500			ARTRODESIS TARSOMETATARSAL (UNA O MAS) S/O					

Al igual que, el 4 de noviembre de 2016, le fue realizado el procedimiento de “*primera infiltración con viscosuplementacion en el tobillo izquierdo sin complicaciones*”; el 11 de noviembre, fue valorada por el especialista ya referido, dejando como nota “*Buena evolución postquirúrgica inmediata, heridas sanas.*”, fecha en la que además, se le practicó el procedimiento de infiltración doble con viscosuplementacion en el tobillo izquierdo; el 21/11/2016, asistió a control de cirugía, con la misma especialidad, y en consulta del 30/11/2016, se dejó en la nota de evolución:



<b>INGRESO A: TA-233 ORTOPEdia - TRAUMATOLOGIA</b>	
Fecha y Hora Ingreso: 30-noviembre-2016 8:00 am	
Médico Principal:	GERSTNER GARCES JUAN BERNARD <span style="float: right;">Registro: 15433</span>
<b>Notas Evolución</b>	
30-noviembre-2016 8:12 am	
GERSTNER GARCES JUAN BERNARDO -- ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA	
Completa 4 semanas postquirurgica. Muy buena evolucion postquirurgica, ef. heridas sanas, AMA completo .	
Rx: Incorporacion de injertos, artrodesis casi solda, tobillo estable.	
plan. promgoa de Incapacidad por dolor e inicio de dolor.	

En el caso particular, se denota que producto del diagnóstico sufrido por la señora Molina Bermeo, estuvo en estado de incapacidad, desde el 19 de septiembre de 2016 hasta el 30 de marzo de 2017. (Página 43 y 48 a 59- DEMANDA)

En igual sentido, se refleja en la documental aportada que, la actora asumió de manera particular los exámenes médicos de Resonancia Magnética, por un costo de \$382.264 y Tomografía de extremidades y articulaciones, por un valor de \$113.652, ello los días 14 y 20 de octubre de 2016 (Pág. 60 a 61); al igual que el costo de los honorarios de cirujano, anestesiólogo y ayudante en el consultorio, por la suma de de \$8.000.000, según comprobante de transferencia de fecha 28/10/2016. (Pag. 67 y 68 DEMANDA)

Se avizora, certificado emitido por el Doctor Juan Bernardo Gerstner Garcés, especialista en Ortopedia del Centro Médico Imbanaco, de fecha 4 de mayo de 2017, en el que dejó constancia que la señora Molina Bermeo, canceló a su favor la suma de \$2.800.000, por concepto de 10 consultas de ortopedia y traumatología, y 4 jeringas de ácido hialuronico.



TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI  
SALA LABORAL

**Ref: Ord. BEATRIZ MOLINA BERMEO  
C/. COMFENALCO VALLE EPS Y OTRO  
Rad. 000-2021-00302-00**

**BEATRIZ MOLINA BERMEO** con No Cedula 31.522.652 de Jamundí  
Cancelo al señor:  
**JUAN BERNARDO GERSTNER** con No C.C 16.703.018 de Cali  
La suma de: Dos millones ochocientos ochenta mil pesos (\$2.880.000)  
Por concepto de: 10 consulta de Ortopedia y traumatología y 4 Jeringas de ácido hialuronico (dropyal)  
Nota: valor consulta \$180.000  
Valor Jeringas \$ 270.000  
  
Jueves 04 de Mayo de 2017.

Atentamente,  
  
**JUAN BERNARDO GERSTNER GARCES**  
C.C 16.703.018 DE CALI

Milita en el expediente, copia de factura de venta No. 0006624 del 11 de noviembre de 2016, del Centro Medico Imbanaco de Cali, por el procedimiento de “*VISCOSUPLEMENTACION (DROPYAL)*”, por un valor total de \$1.050.000, cancelado por la demandante; así como, factura de venta No. 3101-131957 del 28 de febrero de 2017, del procedimiento de radiografía de pie y lateral, por un valor de \$19.242. (Pág. 70 y 79- DEMANDA)

Resalta la Sala que, los servicios médicos que fueron asumidos de manera particular por la actora, correspondientes a ayudas diagnósticas, procedimiento quirúrgico de artroscopia de tobillo lado izquierdo, reconstrucción de ligamentos de tobillo y de medio pie izquierdo, entre otros, si bien, no fueron prescritos por los médicos adscritos a la red de prestadores de la EPS accionada, se entiende, que la decisión de la demandante de asumir los mismos de manera particular, obedeció a la falta de tratamiento y solución para mejor el diagnóstico padecido.

Ciertamente la EPS accionada, brindo la atención médica que requirió la señora Molina Bermeo desde el momento inicial de la urgencia presentada, pues se denota atención por parte de los galenos tratantes, en fechas



de 19 y 26 de septiembre, 6, 10, 18, 24 y 27 de octubre de 2016, sin embargo, solo para el 26 de septiembre de 2016, fecha en que la accionante acudió a consulta médica por persistir dolor en su pie izquierdo, es que se ordenó interconsulta por ortopedia y traumatología, así como radiografía de pie y lateral, y aun para el 18 de octubre de dicha data, no había sido valorada por ortopedia, a pesar de que la actora seguía consultando por persistencia de dolor y limitación funcional.

Situación, que género, a que la señora Molina Bermeo acudiera de manera particular para ser valorada por la especialidad de ortopedia en el Centro Médico Imbanaco de esta ciudad, en búsqueda de un adecuado tratamiento para mejorar el diagnóstico padecido.

Además que, en virtud de los exámenes médicos ordenados por dicho especialista, en especial la resonancia magnética y tomografía, asumidos de manera particular por la demandante, fue cuando el médico tratante adscrito a la EPS accionada, pudo determinar que presentaba fractura de parte media y superior de cuboides, entre otros, pese a ello, se siguió postergando el adecuado tratamiento, por estar pendiente la valoración por el ortopedista adscrito a la red de prestadores de la entidad accionada.

Valoración que solo se prestó por parte de la EPS accionada, el día 27 de octubre de 2016, esto es, cinco semanas después del trauma generado en el pie izquierdo, a pesar del constante llamado por la demandante, de la no mejoría al tratamiento brindado, y de poner en conocimiento el concepto emitido por el especialista particular y los resultados de la resonancia magnética y tomografía, también asumidos de manera particular.



No reposando prueba que demuestre que la EPS accionada, hubiere realizado las gestiones pertinentes, en aras de restablecer el estado de salud de la accionante, ello si se tiene en cuenta, además, que, a pesar de haber sido valorada por el especialista en ortopedia, este remitió a una nueva valoración por la subespecialidad de pie, alargando así, el tratamiento que debía recibir la demandante para mejorar su estado de salud.

Y es por ello, que se encuentra justificado la decisión de la actora de asumir el tratamiento médico de manera particular, con la correspondiente valoración del especialista en ortopedia, toma de resonancia magnética que mostró fractura del cuboides, TAC de pie izquierdo, infiltración con visco suplementación en el tobillo izquierdo, así como el procedimiento quirúrgico de *“ARTOSCOPIA DIAGNOSTICADA DE TOBILLO LADO IZQUIERDO + RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO DE TOBILLO Y DE MEDIO PIE IZQUIERDO + CUBOIDE + LISTRANC.”* y la rehabilitación pos quirúrgica, a pesar de no haber solicitado previamente la autorización correspondiente ante la EPS accionada, para su prestación.

Aunado a lo anterior, las notas médicas que reposan en la historia clínica, dan cuenta que, la decisión de la actora de asumir de manera particular los servicios médicos antes citados, fue producto de la ineficiente atención por parte del prestador de salud, además de requerir los mismos para atender el diagnóstico padecido y una rehabilitación efectiva, pues el plan de manejo iniciado por la EPS, no mostró mejoría alguna en su tobillo y pie izquierdo, limitándola funcionalmente, por la inoportuna atención que requería su diagnóstico.

Configurándose así, negligencia por parte de la EPS accionada, por no encauzar la ruta terapéutica adecuada, descartar hipótesis y



organizar racional y progresivamente las etapas del plan de manejo, con el fin de reestablecer la salud de la demandante, o aliviar el mal que le afligía, constituyendo un diagnóstico efectivo, y así realizar un pronóstico acertado, con el fin de diseñar el plan de tratamiento correspondiente, pues se repite, era conocedora del concepto médico emitido por el Ortopedista particular.

De otro lado, se probó en el proceso, que el 9 de noviembre de 2016, la accionante radicó solicitud de recobro ante la EPS accionada, por la suma de \$21.641.351, que fue asumido de manera particular, para la atención de su diagnóstico padecido (Pág.85-91- DEMANDA), con respuesta negativa por parte de la citada entidad, en correspondencia enviada el 12 de diciembre de 2016, bajo el argumento de no cumplir los conceptos establecidos por la Resolución No. 5261 de 1994.

Concluyéndose de lo explicado que, al ser la EPS accionada, la responsable de brindar a la afiliada el oportuno procedimiento para controlar la atención integral, en los servicios requeridos, y así garantizar la protección a su salud y vida, no es de recibo el argumento de que la solicitud de reembolso no reúne los requisitos establecidos en la Resolución No. 5261 de 1994, en tanto, era conocedora de los servicios médicos que requería la accionante, si se tiene en cuenta, que la actora puso en conocimiento de los médicos adscritos a la EPS, las ayudas diagnosticas asumidas de manera particular, así como el concepto médico particular, emitido por el especialista en ortopedia del Centro Médico Imbanaco.

De tal suerte, la EPS accionada, no probó sumariamente que, hubiere realizado trámite alguno, en su condición de aseguradora, para brindar un adecuado tratamiento al diagnóstico padecido por la accionante, y mitigar las dolencias padecidas por la señora Molina Bermeo, con los médicos e



IPS dentro de su red de prestadores, que contara con la tecnología pertinente para la prestación del mismo, a pesar que se reitera, conocía el concepto emitido por el médico particular y la no mejoría de su afiliada al tratamiento brindado.

Bajo el recuento expuesto, **resulta evidente la negativa injustificada y negligente de la EPS accionada, en garantizar de forma integral y oportuna, la prestación de los servicios de salud que se encontraban a su cargo**, mismos que eran requeridos por la actora, para atender su patología, y necesarios para continuar con su plan de manejo, situación que condujo a la señora Beatriz Molina Borneo, a acudir de manera particular a la valoración particular por la especialidad de ortopedia, a la toma de las ayudas diagnósticas y a la realización del procedimiento quirúrgico de artroscopia de tobillo lado izquierdo, reconstrucción de ligamentos de tobillo y de medio pie izquierdo, FTA, cuboidea, lisfranc.

En virtud de lo anterior, se hace necesario traer a colación lo dispuesto por la Corte Constitucional, en sentencia T-517-15, en la que expuso:

*“...(I) que las prestaciones en salud, como servicio público obligatorio y esencial, tiene que ofrecerse de manera eficaz, regular, permanente y de calidad; (II) que las entidades prestadoras del servicio deben ser diligentes en las labores que les corresponde desarrollar, y deben abstenerse de realizar actuaciones ajenas a sus funciones y de omitir el cumplimiento de obligaciones que conlleven la interrupción injustificada de los servicios o tratamientos; (III) que los usuarios del sistema de salud no pueden ser expuestos a engorrosos e interminables trámites internos y burocráticos que puedan comprometer la permanencia del servicio; y (IV) que los conflictos de tipo contractual o administrativo que se presenten con otras entidades o al interior de la propia empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad, permanencia y finalización óptima de los servicios y procedimientos médicos ordenados”.*



Al igual que, del contenido de la Ley 1751 de 2015 y la jurisprudencia constitucional, el derecho a la salud, se ha definido como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física y mental, debiendo restablecerse la misma cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de la misma.

Lo anterior, conlleva a la observancia de los principios consagrados en la Ley 1751 de 2015, orientados a la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y de calidad.

Frente al principio de continuidad en la prestación de los servicios de salud, en Sentencia T-017 del 2021, la Corte Constitucional, sostuvo que:

*“En conclusión, el principio de continuidad en la prestación de los servicios de salud reviste una especial importancia debido a que favorece el inicio, desarrollo y terminación de los tratamientos médicos de forma completa. Lo anterior, en procura de que tales servicios no sean interrumpidos por razones administrativas, jurídicas o financieras. Por lo tanto, el ordenamiento jurídico y la jurisprudencia constitucional desaprueban las limitaciones injustas, arbitrarias y desproporcionadas de las EPS que afectan la conservación o restablecimiento de la salud de los usuarios.”*

Debiéndose tener presente además que, son las aseguradoras EPS, quienes con cargo a los convenios suscritos deberán asumir los costos por la atención de los servicios de salud que sean prescritos, garantizando la prestación de los servicios conforme lo hayan indicado sus médicos tratantes, además porque, la atención que requería la demandante debía prestarse de manera oportuna, en tanto, de no hacerlo, podía generar efectos en desmedro de su salud y vida en condiciones dignas.



Asistiéndole por ende razón a la apelante, como quiera que, en el caso de autos se encuentra demostrada la negligencia por el no adecuado tratamiento para atender el diagnóstico padecido por la accionante, lo que acarrea al reembolso de los gastos médicos que fueron asumidos de manera particular, no solo por las valoraciones del especialista en ortopedia y ayudas diagnósticas, como se determinó en la sentencia objeto de alzada, sino por todos los gastos asumidos por la demandante, en especial por los procedimientos quirúrgicos, que sirvieron para mejorar y restablecer su estado de salud.

Es así, que contrario a lo indicado en la sentencia de primera instancia, los gastos demostrados por la actora fueron los siguientes:

CONCEPTO	VALOR
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE REPARACIÓN DE LIGAMENTO PERONEO ASTRAGALINO ANTERIOR POR ARTROSCOPIA; REDUCCIÓN ABIERTA DE FRACTURA DE TARSO CON FIJACIÓN INTERNA; ARTROSIS TARSOMETATARSAL; DERECHOS DE SALA DE CIRUGÍA, DERECHOS POR EQUIPOS, ELEMENTOS ADMINISTRATIVOS Y MATERIALES	\$ 9.487.751
FACTURA DE VENTA No. 3101-114174 DEL 14/10/2016, RNM DE ARTICULACIONES DE NM (CADER, RODILLA)	\$ 382.264
FACTURA DE VENTA No. 3101-114751 DEL 20/10/2016- TOMOGRAFÍA EXTREMIDADES Y ARTICULACIONES	\$ 113.652
HONORARIOS DE CIRUJANO, ANESTESIÓLOGO Y AYUDANTE	\$ 8.000.000
10 CONSULTAS DE ORTOPEDIA Y 4 JERINGAS DE ACIDO HIALURONICO	\$ 2.880.000
VISCOSUPLEMENTACION	\$ 1.050.000
RADIOGRAFÍA DE PIE AP Y LATERAL	\$ 19.242
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 21.932.909</b>

Ahora bien, si bien no fue alegado por la EPS accionada, extemporaneidad del reembolso pretendido, se tiene que el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994.



*“(..)* 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 (...)”

En este contexto, resulta procedente señalar que en la sentencia T-650 de 2011, MP Dr. JORGE IGNACIO PRETEL CHALJUB, indicó lo siguiente:

*“[...] de acuerdo con la Resolución 5261 de 1994, la cual define el reconocimiento de reembolsos a cargo de las entidades promotoras de salud, señaló:*

*(...)*

*La Señora [...] interpuso la presente acción, puesto que estimó vulnerado su derecho a recibir una atención médica de alto nivel y responsable, esto, como consecuencia de la negativa por parte de [...] E.P.S de reconocer el reembolso del dinero que asumió de manera directa, para sufragar su traslado [...], los tiquetes de su acompañante y de la enfermera que la asistió durante el viaje y sus honorarios, así mismo, el costo del examen llamado TAC que fue ordenado por su médico tratante.*

*La entidad accionada, por su parte, alegó que no había lugar a reconocer el reembolso solicitado, debido a que la accionante presentó la solicitud de reembolso de manera extemporánea, toda vez que, de acuerdo con la Resolución 5261 de 1994, la cual define el reconocimiento de reembolsos a cargo de las entidades promotoras de salud, señala que “... la solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente...”.*

*(...)*

*En ese orden de ideas debe recordarse que, según lo establecido en la Sentencia T-594 /07, el derecho fundamental a la salud en relación con las prestaciones establecidos en el P.O.S., tiene dos dimensiones: (i) en primer término, la prestación efectiva, real y oportuna del servicio médico incluido en el P.O.S. y, (ii) en segundo lugar, la asunción total de los costos del servicio, por cuenta de las entidades que tienen a su cargo la prestación de los mismos.*

*En este sentido y aplicado lo anterior al caso que nos ocupa, es evidente que a pesar de que la actora contó con la prestación material del servicio cuando requirió la atención, una de las dimensiones del derecho fundamental a la salud no se vio satisfecha, toda vez que la entidad encargada de asumir los gastos que se generaron por la prestación del mismo, esto es, Coomeva EPS, omitió el cumplimiento de su obligación y trasladó al paciente la carga de asumir este costo*



*de manera directa, actuación que comporta una violación del derecho fundamental a la salud del accionante.*

*Adicionalmente, la vulneración de los derechos de la accionante se torna más gravosa por cuanto la entidad accionada negó el reconocimiento de dicha prestación con fundamento en el incumplimiento de un requisito meramente formal, como es la extemporaneidad de la reclamación, esto es, vencido el término establecido en el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994, según la cual "... la solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente...".*

*De este modo, se resolverá de acuerdo a lo establecido en la sentencia T-594 de 2007<sup>1</sup>, en donde se manifiesta que 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.*

*De esta manera, teniendo en cuenta que la cobertura económica del servicio P.O.S que aquí se solicita hace parte de la dimensión fundamental del derecho a la salud, Coomeva EPS tiene la obligación de reembolsarle a la actora los gastos en los que incurrió para cubrir su traslado a la clínica Versailles en la ciudad de Cali, y su negativa ante el requerimiento constituye un desconocimiento del manual de procedimientos e intervenciones del P.O.S., por lo que se concreta la vulneración del derecho fundamental a la salud de la señora Noralba Giraldo de Caicedo. "*

Se acota de lo expuesto en la jurisprudencia en cita, que el plazo para la reclamación de reembolso a que hace referencia el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, no es inherente a tenerlo como un modo prescriptivo, que exima a la entidad accionada de su obligación del reconocimiento y pago de lo aquí pretendido, en tanto, es un plazo meramente estipulado para un trámite administrativo, que no implica de manera alguna la pérdida del derecho a obtener el reembolso de los servicios de salud asumidos de manera particular.

---

<sup>1</sup> M.P. Rodrigo Escobar Gil



Dado que, si se entendiera que la petición de reembolso no se presentó dentro del término establecido en el art. 14 del Decreto 5261 de 1994, ello no significa, que la actora haya perdido su derecho a que le sean reconocidos los gastos en que incurrió para satisfacer un servicio médico, y mucho menos exonera a la demandada de cumplir con sus obligaciones legales, en su condición de aseguradora.

Por manera que, en el presente asunto se acredita una de las causales del artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, para que proceda el reembolso de los gastos médicos particulares en los que incurrió la demandante, ello en razón al actuar injustificado y negligente de la EPS demandada, para cubrir la prestación de servicios en salud, requeridos por la señora Beatriz Molina Bermeo; al igual que, la cobertura económica de los servicios de salud que se solicita, hacer parte de la dimensión fundamental del derecho a la salud, y COMFENALCO VALLE EPS, tiene la obligación de reembolsarle a la actora los gastos en los que incurrió.

En lo que respecta al el reconocimiento y pago de perjuicios morales y materiales pretendidos, se considera que no hay lugar a imponer condena al respecto, al no obrar en el expediente prueba alguna que acredite la real existencia de los mencionados perjuicios, sin embargo, se condenara al pago de intereses de mora, liquidados a la tasa máxima legal permitida, desde el 21 de diciembre de 2016 (Fecha en que se cumplieron los 30 días que tenía la EPS accionada, para pagar el reembolso solicitado por la parte actora), hasta el momento de su pago.

En consecuencia, la decisión proferida en primera instancia debe ser modificada.



De conformidad con lo dispuesto en el numeral 3° del artículo 365 del C.G.P., se impondrá condena en costas de segunda instancia a cargo de la EPS demandada y en favor de la demandante.

En mérito de lo expuesto, la Sala Laboral del Tribunal Superior de Cali, Administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

**RESUELVE:**

**PRIMERO: MODIFICAR** los numerales primero y **SEGUNDO** de la sentencia No. S2020-000362 del 28 de febrero de 2020, proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD – SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, en el sentido de **CONDENAR a COMFENALCO VALLE EPS**, a reembolsar a la señora **BEATRIZ MOLINA BERMEO**, la suma de **\$21.932.909**, por concepto de gastos médicos asumidos de manera particular, para atender el diagnóstico de Fractura del pie no especificada, procedimientos que se encuentran detallados en la parte motiva de esta decisión, junto con los intereses de mora, liquidados a la tasa máxima legal permitida, desde el 21 de diciembre de 2016, hasta el momento de su pago.

**SEGUNDO: COSTAS** en esta instancia a cargo de la entidad demandada **COMFENALO VALLE EPS**, y a favor de la señora **BEATRIZ MOLINA BERMEO**. Agencias en derecho \$1.500.000,00.

**TERCERO:** A partir del día siguiente a la inserción de la presente decisión en la página web de la Rama Judicial en el link de sentencias del Despacho, comienza a correr el término para la interposición del recurso



extraordinario de casación, para ante la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de Justicia, si a ello hubiere lugar. En caso de no interponerse recurso de casación por las partes en la oportunidad legal, por Secretaría, devuélvase el expediente al juzgado de origen.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

**Se firma por los magistrados integrantes de la Sala:**

**CARLOS ALBERTO OLIVER GALÉ**  
Magistrado Ponente

Art. 11 Dec. 491/28-03-2020

**MÓNICA TERESA HIDALGO OVIEDO**  
Magistrada Sala

**LUIS GABRIEL MORENO LOVERA**  
Magistrado Sala

**Firmado Por:**  
**Carlos Alberto Oliver Gale**  
**Magistrado Tribunal O Consejo Seccional**  
**Sala 005 Laboral**  
**Tribunal Superior De Cali - Valle Del Cauca**

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,  
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: **268631b8a06efcdb5b668d9a8677bdc249f3575d0235e13ea7541928da87d055**

Documento generado en 23/02/2023 04:46:57 PM

**Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:**  
**<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>**