



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE CALI
- SALA LABORAL -

Santiago de Cali, diez (10) de marzo de dos mil veintitrés (2023).

SENTENCIA NÚMERO 051
Acta de Decisión N° 025

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. S2022-000222 del 24 de marzo de 2022, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación dentro del proceso propuesto por el señor **DEYSON FABIAN VALBUENA AMAYA**, con el fin que se ordene a **COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN**, el reembolso de \$31.400.000,00, gastos en que incurrió en razón a la práctica del procedimiento quirúrgico de reducción abierta de fractura de maxilar inferior y material de osteosíntesis, practicada en la Clínica MEDICENTER, el 11 de enero de 2019.

ANTECEDENTES

Informan los hechos que, el 17 de octubre de 2018, cuando se desplazaba en su motocicleta, por la vía que conduce de Tauramena al corregimiento de paso Cusiana, sufrió un accidente de tránsito; por lo que fue remitido por urgencias al Hospital Local de Tauramena, con el fin de que se le brindaran primeros auxilios; que debido a la gravedad de su estado de salud, fue



remitido al Hospital Regional de la Orinoquia Horo, ubicado en el municipio de Yopal, con el fin de que se le diera la atención médica requerida y se le practicaran los exámenes e intervenciones médicas necesarias, siendo diagnosticado con trauma craneoencefálico severo, tx cara posibles fracturas, tx toracoabdominal, entre otras; refiere que el seguro obligatorio SOAT cubrió los gastos de hospitalización y medicamentos durante el término que estuvo en hospitalización; que con posterioridad, fue valorado por el especialista cirujano maxilofacial del hospital HORO, quien determinó que necesitaba realizarse de manera priorizada cirugía maxilofacial de urgencias.

Indica que, para el momento del accidente, se encontraba afiliado al sistema de seguridad social en salud con la EPS accionada, razón por la cual se iniciaron peticiones tanto verbales como escritas a la EPS, con el fin de que se le autorizara de forma inmediata la práctica de la cirugía por parte del especialista, sin embargo, la accionada daba respuestas negativas, argumentando que no contaba con el material que necesitaba para poder realizar la cirugía; que el 27 de octubre de 2018, se determinó en la historia clínica que, se encontraba en remisión por falta de material, y no autorización de la EPS al no tener convenio con la Institución; en razón a la gravedad de las lesiones ocasionadas por el accidente de tránsito, y atendiendo la omisión por parte de la EPS Coomeva, y por recomendaciones médicas, decidió llevar a cabo la cirugía de manera particular en la Clínica Medcenter Ficubo S.A.S., por un valor de \$18.000.000, por conceptos de gastos médicos de la operación; asimismo, que el 11 de enero de 2019, canceló en la misma clínica la suma de \$6.500.000, para el retiro de los materiales de osteosíntesis; al igual que, el 6 de junio de 2019, asistió al Hospital HORO, con el fin de que se le practicara la cirugía de retiro de otro material de OSTEISNETSIS MAXILAR, inferior corrección de cicatriz de labio, procedimiento que tuvo un costo de \$6.500.000.



Aduce que, aún en estado de incapacidad, como consecuencia de las cirugías practicadas, presentó derecho de petición a la entidad accionada, con el fin de que se le reconozca y pague los gastos en los que tuvo que incurrir, petición radicada el 30 de noviembre de 2018, al igual que, atendiendo las observaciones dadas la accionada, el actor se acercó a las instalaciones de la entidad, con el fin de realizar los trámites establecidos por la misma, llenando con ello una serie de formularios suministrados por la entidad, radicados el 15 de febrero de 2019, pese a ello en comunicado de fecha 14 de marzo de 2019, la accionada negó el reembolso solicitado.

TRÁMITE ANTE LA SUPERINTENDENCIA

Recibida la solicitud el 26/11/2019, fue admitida mediante auto del 4/06/2020, corriéndose traslado a la entidad demandada el 24/06/2020.

Al respecto, la EPS accionada el 1° de julio de 2020, allegó escrito de contestación a la demanda, a través del cual señaló no aceptar las pretensiones de la demanda y formuló como excepciones de mérito las de: INOOPERANCIA DE RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSO POR NO ENCONTRARSE PROBADA LA NEGATIVA JUSTIFICADA O NEGLIGENCIA POR PARTE DE COOMEVA EPS S.A., INOPERANCIA DE RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSO- URGENCIA NO INFORMADA- EVENTO PROGRAMADO, RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DEL DEMANDANTE, INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN POR PARTE DE COOMEVA EPS S.A. y GENÉRICA.

A su turno, la Clínica MECIDENTER, informó que el señor Valbuena Amaya, fue atendido como paciente particular por el servicio de consulta externa, ya que la IPS no presta el servicio de urgencias, además que se le informó



al actor, que no hacían parte de la red de prestadores de la EPS accionada; así mismo que no le informaron de la atención a COOMEVA EPS, porque la atención se requirió de manera particular.

Por su parte, la E.S.E. Hospital Local de Tauramena, informó que, en vista de que la atención en salud se derivó de un accidente de tránsito, los servicios se prestaron con cargo al SOAT, razón por la que no se requirió concurrir a la verificación de derecho a la EPS, toda vez que la facturación generada no excedió del monto de la cobertura por el siniestro.

DECISIÓN DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD

A través de Sentencia S2022-000222 del 24 de marzo de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, accedió a la pretensión formulada por el señor Deyson Fabian Valbuena Amaya, en contra de Coomeva EPS S.A. en Liquidación, ordenando a ésta reconocer y pagar a favor del accionante, la suma de **\$31.000.000.**

Adujo la entidad *que*, teniendo en cuenta que el trauma ocurrió el 17 de octubre de 2018 y que para el 29 de octubre al paciente no le habían conseguido remitir por parte de COOMEVA EPS, es decir, llevaba 12 días fracturado y no se le había realizado el tratamiento maxilofacial indicado por el médico tratante, es entendible que ante la inoportunidad e ineficiencia en la remisión de paciente por parte de la EPS accionada, lo cual afectó la continuidad e integralidad de la atención y debido a que los procedimientos se requerían con carácter prioritario, el actor, hubiera optado por solicitar la salida voluntaria, para acudir como paciente particular, para que le realizara el procedimiento que requería.



Considerado con ello, la procedencia del reembolso pretendido, en razón a los gastos en que incurrió el actor y que no fueron asumidos por el SOAT.

APELACIÓN

Inconforme con la decisión proferida en primera instancia, la apoderada judicial de la parte accionada, **COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN**, interpuso recurso de apelación, sustentando el mismo en que, de los hechos narrados por el mismo usuario, se evidenció que la entidad autorizó todos los servicios que requirió para el tratamiento de su patología en el Hospital Regional de Orinoquía, durante los días 27 y 29 de octubre de 2018, situación diferente, es que el usuario solicitó el alta voluntaria para dirigirse de manera particular a la Clínica Medcenter, es decir, la entidad no actuó en ningún momento con incapacidad, imposibilidad o negligencia, ni negó injustificadamente la solicitud de tratamiento o atención que requirió el actor.

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 en razón del 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, multiafiliación 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 entidad accionada, **COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN**, respecto de la decisión adoptada por la Superintendencia Nacional de Salud Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, el 24 de marzo de 2022, se procede a determinar el problema jurídico.

Se centra el conflicto jurídico en establecer si la EPS demandada, debe reembolsar la suma de \$31.000.000, por concepto de gastos en que incurrió el señor Deyson Fabián Valbuena Amaya, para la realización del procedimiento quirúrgico de reconstrucción facial, implantes óseos, anestesia y retiro manual de osteosíntesis.

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 el señor Deyson Fabián Valbuena Amaya, se encontraba afiliado en el régimen contributivo en la EPS accionada; al igual que, nació el 19 de septiembre de 1994, esto es, para el año 2018, contaba con 25 años de edad.



También se encuentra probado en el proceso, que el demandante, acudió de manera particular para la prestación de servicios de salud, ordenados por su médico tratante.

Ahora bien, de los medios probatorios, obrantes en el expediente, se observa que, el 17 de octubre de 2018 el señor Valbuena Amaya, sufrió un accidente de tránsito, al desplazarse en la motocicleta de plazas IYF11B, en el Departamento de Casanare (Pág. 11 y 12 Demanda), con atención inicial de urgencias, en la E.S.E Hospital de Tauramena y diagnosticado con “*OTROS TRAUMATISMOS INTRACRANEALES*”, y orden de remisión a segundo nivel para atención.

Encontrando, además, según factura de venta No. T005562 del 18 de octubre de 2018, que los servicios de salud que le fueron prestados al actor, en el Hospital de Tauramena, por valor de \$1.417.073, fueron facturados a cargo del SOAT. (Pág. 30- Demanda)

Ahora bien, de las notas médicas impuestas en la historia clínica de la E.S.E. Hospital Regional de la Orinoquia (Lugar donde fue remitido), de fecha de atención 17/10/2018, se encuentra que se ordenó dentro del plan de manejo lo siguiente:

Análisis / Plan:

PACIENTE CON POLITRAUMATISMO EN ACCIDENTE DE TRANSITO AL PARECER BAJO EFECTO DE ALCOHOL, COMO CONDUCTOR DE MOTO TAC DE CRÁNEO DE INGRESO SIN COLECCIONES INTRACRANEALES TRAUMÁTICAS QUE REQUIERAN MANEJO QUIRÚRGICO HSA LAMINAR EN LA CONVEJIDAD FRACTURA FACIAL MAXILAR Y MANDIBULAR POR NEUROCIRUGÍA MANEJO EXPECTANTE VIGILANCIA NEUROLÓGICA

El 21 de octubre de 2018, se indicó que el actor fue valorado por la especialidad de neurología, y que por múltiples fracturas de huesos de la



cara, continuaría con la especialidad de maxilofacial, valoración que se efectuó ese mismo día, y donde se le ordenó dentro del plan de tratamiento manejo quirúrgico prioritario para reducción abierta de las mismas, quedando pendiente autorización para manejo quirúrgico, para la atención de los diagnósticos de “*FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR*” y “*FRACTURA DE OTROS HUESOS DEL CRÁNEO Y DE LA CARA*”.

HORA HOSPITAL REGIONAL DE LA ORINOQUIA S.E.S. NIT 8918550295
Calle 15 N° 07-95 Manzana L - Vía Marginal de la Selva
Yopal - Casanare
Teléfono: (8) 634 4650 - Call Center: (8) 634 4699

Fecha Impreso: jueves, 25 octubre 2018 10:58

SOLICITUD DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS
EVOLUCION MEDICA

Nº Historia: 1115913507 Nº Folio: 24 Fecha: 21/10/2018 19:46:44 Folio Asociado:

DATOS PERSONALES
Nombre Paciente: DEYSON FABIAN VALBUENA AMAYA Identificación: 1115913507 Sexo Masculino
Fecha Nacimiento: 20/octubre/1991 Edad Actual: 27 Años \ 0 Meses \ 5 Días Estado Civil: Soltero

Dirección: CALLE 5 4A 09 Teléfono: 3142914864
Procedencia: TAURAMENA Ocupación:

DATOS DE AFILIACIÓN
Entidad: SEGUROS DEL ESTADO S.A. Régimen: Regimen_Simplificado
Plan Beneficios: 000120 - ACCIDENTES DE TRANSITO Nivel - Estrato: RANGO C (Mayor a 5 S.M.M.L.V.)

DATOS DEL INGRESO
Dirección Resp: Nº Ingreso: 1411249 Fecha: 21/10/2018 04:54:28 p.m.

Area Servicio que Solicita:

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

Servicio:	Descripción	Cantidad	Estado
16362	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MAXILAR INFERIOR INCLUYE INMOVILIZACION INTERMAXILAR	2	Rutinario
Observaciones:	2 PLACAS RECTAS SISTEMA 2.0 2 PLACAS RECTAS SISTEMA 1,6MM 1 PALCA CURVA SISTEMA 1,6MM 1 MALLA DE TITANIO SISTEMA 1,2MM 15 TORNILLOS DE SISTEMA 2.0 20 TORNILLOS DE SISTEMA, A 1,6MM ALAMBRE DE 0,5MM BARRAS DE ERICK		
16402	REDUCCION ABIERTA FRACTURA DE MALAR INCLUYE FRACTURA DEL PISO DE LA ORBITA BLOW OUT	1	Rutinario
Observaciones:			
2433	REDUCCION FRACTURA DE ORBITA	1	Rutinario
Observaciones:			
3231	DESCOMPRESION NERVIÓ FACIAL 2A Y 3A PORCION	1	Rutinario
Observaciones:	INFRAORBITAREIO		
Total Ítems:			4

Se avizora también de las notas médicas que reposan en la historia clínica de data 25 de octubre de 2018, que la EPS no contaba con el material especial requerido para realizar el manejo quirúrgico, ordenando con ello la remisión del paciente a otra institución.



ANALISIS:

PACIENTE EL CUAL PRESENTA MÚLTIPLES FRACTURAS FACIALES QUE SU EPS NO CUENTA CON EL MATERIAL ESPECIAL QUE AMERITA PARA PODER REALIZAR EL MANEJO EN ESTA INSTITUCIÓN POR LO CUAL SE MONTARÁ REMISIÓN A OTRA INSTITUCIÓN. SE LE EXPLICÓ AL PACIENTE MANEJO ACEPTA Y ENTIENDE

Y aún, para el 27 de octubre de 2018, la EPS no autorizaba los materiales requeridos por no tener convenio con la institución.

FOLIO N° 46	Fecha: 27/10/2018 10:51	Pagina 1/2	
Realizado por: IVAN JOSE TORRES GUTIERREZ	CIRUGIA MAXILOFACIAL	TP: 79778328	
EVOLUCION:			
***** CX CRANIOMAXILOFACIAL *****			
PACIENTE MASCULINO DE 27 AÑOS CON DIAGNOSTICOS: FRACTURA MALAR DERECHA FRACTURA DE ORBITA DERECHA FRACTURA CONDILLO DE ATM DERECHA FRACTURA MANDIBULAR PARASIFIARIA DERECHA			
SUBJETIVO: REFIERE SENTIRSE BIEN, BUEN PATRON DE SUEÑO, MEJOR ANIMO, TOLERA VIA ORAL			
OBJETIVO: CONCIENTE ALERTA ORIENTADO AFEBRIL TOLERA DIETA DOLOR MODULADO SIGNOS VITALES FC: 70 FR: 20 TA: 110/70 T: 36.4oC SATO2: 96% FIO2: 21%			
HERIDA EN CARA SUTURADA CON MÚLTIPLES ESCORIACIONES EN LA MISMA ZONA DE MEJILLA DERECHA HERIDA EN COMISURA LABIAL DERECHA DE APROXIMADAMENTE 3CM DE LARGO			
PARACLINICOS TAC DE CARA: EVIDENCIA FRACTURA FRONTOMALAR DERECHA, PILAR INFRAORBITARIO MAXIOMALAR DERECHO FRACTURA DE CONDILLO DERECHO LEVEMENTE DESPLAZADO HACIA LATERAL FRACTURA PARASINFIARIA DERECHA FRACTURA DENTOALVEOLAR INFERIOR			
ANALISIS: ESTABLE SIN DOLOR POR AHORA EN REMISION POR FALTA DE MATERIAL EPS NO AUTORIZA MATERIAL NO TIENE CONVENIO CON INSTITUCION			

Asimismo, se tiene que, el 29 de octubre de 2018, el señor Valbuena Amaya, firmó salida voluntaria del Hospital Regional de la Orinoquía.

De otro lado, está probado en el plenario, que los servicios médicos recibidos por el actor, en el Hospital Regional de la Orinoquía, fueron facturados a cargo de Seguros del Estado S.A., por valor de \$8.130.597, según facturas de venta No. HY1476175 y HY1483793 del 18 Y 31 de octubre de 2018; así como factura del fecha 26/16/2018 (Pág. 103 a 107 – Demanda)



TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI
SALA LABORAL

Ref: Ord. DEYSON FABIAN VALBUENA AMAYA
C/. COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN
Rad. 760012205-000-2022-00314-00

Milita en el expediente copia de factura de venta No. ACY4570 del 27 de octubre de 2018, que da cuenta que los servicios médicos prestados por GYO MEDICAL IPS S.A.S., por valor de \$8.241.640, fueron facturados a cargo de Seguros del Estado S.A. (Pág. 141- Demanda)

Se observa también, copia de factura de fecha 30/01/2019, de la Clínica MEDICENTER FICUBO S.A.S., de prestación de servicios a favor del actor, y a cargo de Seguros del Estado S.A., por valor de \$2.591.100. (Pág. 170- Demanda)

Ahora bien, del resumen de epicrisis No. 1691, de la Clínica MEDICENTER FICUBO S.A.S., se sustrae que, el 31/10/2018 el señor Valbuena Amaya, ingresó A hospitalización, como paciente particular para cuidados postquirúrgicos, en virtud de que el 30 de octubre de la misma calenda, le fue practicado el procedimiento quirúrgico de “REDUCCIÓN ABIERTA DE FX MALAR ORBITA Y MANDIBULAR Y CERRADA”, procedimiento que tuvo un consto de \$18.000.000, según se desprende de la factura de venta No. 0028.

IVAN TORRES GUTIERREZ
NIT. 79.778.328-7
Cirujano Maxilofacial
Cirujano Craneofacial Pediátrico
Miembro Asociación Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial
Miembro Asociación Americana de Cirugía Oral y Maxilofacial

FACTURA DE VENTA
Nº 0028

SEÑORES: DEYSON F. VALBUENA		FECHA FACTURA:
DIRECCIÓN:		FECHA VENCIMIENTO:
TELÉFONO:		NIT.:
DESCRIPCIÓN	Vr. UNITARIO	VALOR TOTAL
- GASTOS DE CIRUGIA X. CONCEPTO DE RECONSTRUCCIÓN FACIAL.		
- Materiales QUIRURGICOS (OSTEOSINTESIS).		10'000.000
Anestesia (ANESTESIOLOGIA)		2'000.000
Hospitalización		2'000.000
Intensivo Cirujano		4'000.000
SUB-TOTAL		18'000.000
TOTAL		18.000.000

SON: Esta Factura de Venta se asimila en sus efectos legales a la Letra de Cambio (Código de Comercio)

Acceptada: *[Firma]* Firma Autorizada: *[Firma]*

C.C. o NIT.:

IVAN TORRES GUTIERREZ
Código Maxilofacial
Código Craneofacial
R.M. 79778328



TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI
SALA LABORAL

Ref: Ord. DEYSON FABIAN VALBUENA AMAYA
C/. COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN
Rad. 760012205-000-2022-00314-00

De igual modo, se observa que el 11 de enero de 2019, el actor asistió a consulta programada en la Clínica MEDICENTER FICUBO S.A.S., para retiro de osteosíntesis por cirugía maxilofacial, servicio de salud asumido de manera particular por el actor, por la suma de \$6.500.000.

IVAN TORRES GUTIERREZ
NIT. 79.778.328-7
Cirujano Maxilofacial
Cirujano Craneofacial Pedátrico

Miembro Asociación Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial
Miembro Asociación Americana de Cirugía Oral y Maxilofacial

FACTURA DE VENTA
Nº 0048

SEÑORES: DEYSON VALBUENA FECHA FACTURA: _____
DIRECCIÓN: _____ FECHA VENCIMIENTO: _____
TELÉFONO: _____ NIT.: _____

DESCRIPCIÓN	VF UNITARIO	VALOR TOTAL
SERVICIO:		
- Retiro Maxilar de osteosíntesis -		
- e plástica.		
- Honorarios de Anestesiólogo y Cirujano.		
- Hospitalización		
SUB-TOTAL		6.500.000
TOTAL		6.500.000

SON: _____

Esta Factura de Venta se asimila en sus efectos legales a la Letra de Cambio (Art. 774 del Código de Comercio)

Acceptada: [Firma] NIT. 79.778.328-7

C.C. & NIT. _____

Así como la suma de \$6.500.000, para la prestación del servicio de salud de colocación de injerto óseo en maxilar superior e inferior.



TRIBUNAL SUPERIOR DE CALI
SALA LABORAL

Ref: Ord. DEYSON FABIAN VALBUENA AMAYA
C/. COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN
Rad. 760012205-000-2022-00314-00

IVAN TORRES GUTIERREZ
NIT. 79.778.328-7

Cirujano Maxilofacial
Cirujano Craneofacial Pediátrico

Miembro Asociación Colombiana de Cirugía Oral y Maxilofacial
Miembro Asociación Americana de Cirugía Oral y Maxilofacial

FACTURA DE VENTA

Nº 0047

SEÑORES: Deyson Valbuena	FECHA FACTURA:	
DIRECCIÓN:	FECHA VENCIMIENTO:	
TELÉFONO:	NIT.:	
DESCRIPCIÓN	V. UNITARIO	VALOR TOTAL
Presión Servicios.		
- Implantes de osteointegración # 5.		
- Anestesia General		
- Honorarios de Cirujano + Hospitalización.		
SON:	SUB-TOTAL	6,500.000
Esta Factura de Venta se asienta en sus efectos legales a la letra de Cambio (Art. 774 del Código de Comercio)		
Aceptada	Firma Autorizada	TOTAL
C.C. o NIT:	Ivan Torres	6,500.000

Se evidencia que, el señor Deyson Fabián Valbuena Amaya, continuó en tratamiento médico para atender los diagnósticos generados por el accidente de tránsito, incluso posterior a la práctica de los procedimientos quirúrgicos referencias, pues de atención médica del 20 de mayo de 2019, se destaca lo siguiente:



FOLIO N° 52	Fecha: 20/05/2019 15:41	Realizado por: IVAN JOSE TORRES GUTIERREZ	CIRUGIA MAXILOFACIAL	Página 1/1 TP: 79778328
MOTIVO DE CONSULTA PACIENTE MASCULINO DE 27 AÑOS CONOCIDO POR EL SERVICIO EL CUAL SUFRIO TRAUMA CRANEOFACIAL HACE 6 MESES				
ENFERMEDAD ACTUAL: REFIERE SENTIR BIEN TOLERA DIETA ADECUADO MANEJO DEL DOLOR APERTURA ORAL BUENA				
REVISION POR SISTEMA: ANT TRAUMA CRANEOFACIAL QX: REDUCCION ABIERTA DEF MAALR , MANDIBUALR , HOPS: POR CIRUGIA				
ANTECEDENTES:				
Tipo	Detalle	Fecha Registro		
SIGNOS VITALES:	FC: x min	FR: x min	TEMP: ,00	TA: / mm Hg
EXAMEN FISICO	PESO: TALLA:			
CONCIENTE ALERTA ORINETADOAA FEBRIL TOLERA DIETA ADECUAD MANEJO DEL DOLOR APERTURA ORAL BUENA CICATRIJZ LEVEMENTE HIPETROFICA EN ZONA DE COMISURA LABIAL., DEFORMIDA DN REGION COMISURA LABIA DEREHA POSTRAUMA , IMPLANTES DNETALES MAXIALR SUEPRIOR E IFENRJOR MATERIALD E OSTESINETSSI EN ZONA SIFNAIRIA MEDIA				
ANÁLISIS Y PLAN: PACIENTE EL CUAL SUFRIO TRAUMA CRANEOFACIAL EL CUAL SE REALIZO MANEJOQ X POR PARTICUALR PARA REDUCCION ABIERTA D EFX MULTIPLS AFICIALES , EPS QUE PRESTABA SUS SERVICIO EN ESE MOMENTO NO PRE STO A DECUADMANETE LOS SERVICIO POR QUE EL PACIENTE PRESNTO SQAT AL MOMMENTOD E ACCINDETE EL CUAL NO SE HABIA AGOTADO. DURO APROX 2 SEMSNAS EN HOPSITUALZACION SIN NINGUNA RESPUESTA POR LO CUAL EL PACIENTE DDECIDE REALZARSE EL MANEJO POR PARTICVUALR SABIENDO QUE PRESENTABA RIESGOS DE CONSOLIDACION INADECUADA D ELAS FARCTURAS FACIALES EN ESE MOMENTO . POR LO CUAL SE REALZIA MAANEJO Q X PARA REDUCCION ABIERTA D EFX MULTIPELS FACIALE.S POSTERJORMENTE ,S E RELZIA MANEJO DE IMPLANTES DENTALE SPARA RECOSNTRUCCION DENTAL. ACTUALEMTNE EN MANEJO PREQX , PARA RETIROD EMATERIALD E OSTESINETSIS MAXIALR IFNERIOR MAS COLCOACIODNE IMPLANTE DENTAL RESTANTE MAS POSIBLE RESOPCNTRUCCIONDE COMISURA LABIAL DERECHA .				

De otro lado, se probó en el proceso, que el 30 de noviembre de 2018, el accionante radicó solicitud de reembolso ante la EPS accionada, de los servicios médicos que asumió de manera particular, para la atención del procedimiento quirúrgico de cirugía maxilofacial (Pág. 176 a 179 DEMANDA), con respuesta por parte de la citada entidad, en correspondencia enviada el 7 de febrero de 2019, en el que le indicó el procedimiento para iniciar la solicitud de recobro de gastos médicos, y en tal virtud, dando cumplimiento de los requisitos establecidos por la EPS accionada, el actor, el 15 de febrero de 2019, radicó nuevamente la solicitud de reembolso aquí pretendida.

Petición que fue resuelta negativamente por la entidad accionada, el 14 de marzo de 2019, bajo el argumento, de que todos los servicios de salud fueron autorizados por la entidad de forma oportuna, además que el proceso de remisión y admisión de urgencias y hospitalizaciones, fue autorizada por la entidad mediante el No. 2363300, con fecha de ingreso del 27 de octubre de 2018, en el Hospital Regional de la Orinoquia E.S.E.; asimismo que, la Clínica



MEDICENTER FICUBO S.A.S., no es una IPS adscrita a la red de servicios de COOMEVA EPS, además de no tener evidencia para que la entidad evaluara la autorización para la realización de los procedimientos realizados objeto de reclamación, además que los servicios de salud fueron contratados de manera particular,

Resalta la Sala que, el procedimiento médico que fue asumido de manera particular por el actor, fue ordenado en virtud de la valoración del cirujano maxilofacial, realizado en el Hospital Regional de la Orinoquía, lugar donde fue remitido por la complejidad de su diagnóstico que le generó el accidente de tránsito acaecido el 17 de octubre de 2018, y donde se ordenó el procedimiento quirúrgico de manera urgente, procedimiento que en efecto se denota fue requerido para su autorización ante la EPS accionada, sin embargo, la misma no lo autorizó por no contar con el material necesario, lo cual se prueba con las notas médicas impuestas en la historia clínica obrante en el expediente.

Es del caso puntualizar que, si bien, el señor Valbuena Amaya, ingreso a la citada institución como paciente a cargo del SOAT, también lo es, que dicha entidad ya había asumido la atención inicial en salud que le había sido brindada al actor, en consecuencia, el procedimiento quirúrgico requerido y ordenado por el médico tratante, se encontraba a cargo de la EPS accionada, además porque, fue esta última entidad quien autorizó el 27 de octubre de 2018, que se continuara la atención en hospitalización, el Hospital Regional de la Orinoquía.

Precisando también, que los gastos asumidos por el SOAT, según lo acreditado en el expediente, por concepto de atención en el hospital de Taruma, en el Hospital Regional de la Orinoquia, GYO MEDICAL IPS y Clínica



MEDICENTER FICUBO S.A.S., ascendieron a la suma de \$20.380.420, superando así, para la fecha de los hechos el monto de cobertura a cargo del SOAT.

Además que, las notas médicas que reposan en la historia clínica, dan cuenta que, si bien, el actora asumió de manera particular el procedimiento quirúrgico de *REDUCCIÓN ABIERTA DE FX MALAR ORBITA Y MANDIBULAR Y CERRADA*, así como el retiro de osteosíntesis y colocación de injerto óseo en maxilar superior e inferior, ello obedeció en razón a que se requería del mismo para atender el diagnóstico padecido, además de no haber sido autorizados por la EPS accionada, y haberse ordenado por parte del galeno tratante como prioritario.

Concluyéndose que, al ser la entidad accionada, la responsable de brindar a la afiliada el oportuno procedimiento para controlar la atención integral, en los servicios requeridos, en aras de garantizar la protección a su salud y vida, no es de recibo lo argumentado en el recurso de apelación, correspondiente a que “(...) *mi representada no actuó en ningún momento con incapacidad, ni imposibilidad, ni fue negligente, ni negó injustificadamente la solicitud de tratamiento o atención que requirió el usuario (...)*”, en tanto, era conocedora de los servicios médicos que requería el accionante para poder continuar con su manejo médico, según se denota de las notas médicas contenidas en la historia clínica del señor Valbuena Amaya.

De la misma manera, la EPS accionada, no probó que, hubiere realizado trámite alguno, en su condición de aseguradora, para autorizar y practicar el procedimiento quirúrgico ordenado al demandante, en una 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 tratamiento que tenía pendiente el accionante para continuar con la atención de su diagnóstico, y mucho menos, le indicó al actor que la negativa en la prestación de los servicios de salud, fuese en razón a que los mismos estaban aún bajo cobertura del SOAT, situación que además no fue alegada en el recurso de apelación.

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 el demandante, para atender su patología, y necesarios para continuar con su plan de manejo, situación que condujo al señor Valbuena Amaya, a firmar salida voluntaria de la institución donde estaba siendo atendido, y acudir de manera particular a la realización del procedimiento quirúrgico de *REDUCCIÓN ABIERTA DE FX MALAR ORBITA Y MANDIBULAR Y CERRADA*.

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 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 el demandante, debía prestarse de manera oportuna, en tanto, de no hacerlo, podía generar efectos en desmedro de su salud y vida en condiciones dignas.



Concluyéndose de lo explicado que, al ser la EPS accionada, la responsable de brindar al afiliado el oportuno procedimiento para controlar la atención integral, en los servicios requeridos, y así garantizar la protección a su salud y vida, no siendo 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 el accionante, quedando por ende demostrada la negligencia injustificada por parte de la EPS accionada, lo que acarrea el reembolso de los gastos médicos que fueron asumidos de manera particular por el demandante.

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, consagra:

“(...) 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 (...)”

Los términos de prescripción o caducidad según el caso son de índole legal, por lo tanto, el término señalado en la mencionada resolución no puede ser tenido en cuenta como de prescripción, es por lo que, debe aplicarse la regla general de prescripción de 3 años establecida en el artículo 151 del CPTSS.

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 2007¹, en donde se manifiesta que el plazo para efectuar la reclamación establecido

¹ M.P. Rodrigo Escobar Gil



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.

Teniendo presente además que, justamente al actor, le fue realizado el procedimiento quirúrgico, el 30/10/2018, la solicitud de reembolso de los gastos médicos se elevó el 30/11/2018 y 15/02/2019; y la presentación de esta acción, data del 22/11/2019. (Pág. 1- DEMANDA), sin que hayan transcurrido los 3 años de prescripción de que trata la ley.

De manera 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 el actor 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 el demandante, ello en razón al actuar injustificado y negligente de la EPS demandada, para cubrir la prestación de servicios en salud, requeridos por el señor Deyson Fabián Valbuena Amaya; 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 **COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN**, tiene la obligación de reembolsarle al actor los gastos en los que incurrió.

Finalmente, y como quiera que, la EPS accionada, en el recurso de apelación no sustentó inconformidad alguna frente al monto objeto de reembolso, la sala no emitirá pronunciamiento al respecto, en virtud del principio de consonancia de que trata el artículo 66 A del C.P.T. y de la S.S., en consecuencia, se confirmará la decisión proferida en primera instancia.

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 parte apelante 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: CONFIRMAR la sentencia No. S2022-000222 del 24 de marzo de 2022, proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD – SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN.

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia a cargo de la entidad demandada **COOMEVA EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN**, y a favor del señor **DEYSON FABIAN VALBUENA AMAYA**. Agencias en derecho \$1.000.000,00.

TERCERO: De acuerdo con el literal g del artículo 3 de la resolución No 2022320000000189-6 de 2022 emanada del a Superintendencia Nacional de Salud, notifíquese esta decisión de forma personal al liquidador de la demandada. A los demás sujetos procesales notifíquese **POR VÍA LINK RAMA JUDICIAL O CUALQUIER OTRO MEDIO VIRTUAL EFICAZ**

CUARTO: 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. Respecto al liquidador el término se cuenta a partir del día siguiente a la que se surta la notificación personal. 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 POR VÍA LINK RAMA JUDICIAL O CUALQUIER OTRO MEDIO VIRTUAL EFICAZ



Se firma por los magistrados integrantes de la Sala:

CARLOS ALBERTO OLIVER GALÉ
Magistrado Ponente

Art. 11 Dec. 491/28-03-202

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: **6543f4d7c69429cbc84d31b5af92381ce4db5454699383df0b01613d398be835**

Documento generado en 09/03/2023 06:19:56 PM

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