



Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali
Sala Primera de Decisión Laboral

Magistrado Ponente:

Fabio Hernán Bastidas Villota

Veintisiete (27) de Abril dos mil veintidós (2022).

Proceso:	Función Jurisdiccional Superintendencia de Salud.
Radicado:	76001-22-05-000-2022-00098-00
Demandante:	Alberto Lucas Hurtado
Demandado:	Servicio Occidental de Salud EPS, SOS EPS
Origen:	Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud.
Asunto:	Confirma sentencia-
Sentencia escrita No.	081

I. ASUNTO

Corresponde a la Sala decidir sobre la impugnación propuesta por el señor Alberto Lucas Hurtado, en contra de la sentencia N° S-2021-000661 del 15 de abril de 2021, proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud.

II. ANTECEDENTES

1. La demanda.

Pretende el demandante se efectúe el reconocimiento económico por parte de Servicio Occidental de Salud EPS, SOS EPS, de la suma de \$968.892,00, por concepto de gastos en los que incurrió, en citas de control posquirúrgico y terapias de rehabilitación física.

2. Contestación de la demanda.

2.1 Servicio Occidental de Salud EPS, SOS EPS

La demandada no dio contestación al libelo introductorio¹.

3. Decisión de primera instancia

3.1. Por medio de la sentencia N° S-2021-000661 del 15 de abril de 2021², la *a quo* decidió: **Primero**, No acceder a la pretensión formulada por el demandante, en contra de Servicio Occidental de Salud EPS, SOS EPS. **Segundo**, indicó que la Sentencia puede ser impugnada.

3.2. Para arribar a tal decisión, el despacho dilucido los hechos de la demanda y la documental aportada con esta. De lo anterior coligió que se trata de un usuario de 50 años de edad para la fecha de los hechos, afiliado a la SOS EPS, en el régimen contributivo, en condición de beneficiario. Que el demandante el día 18 de julio de 2018 ingresó por el servicio de urgencias de la Clínica Valle de Lili, debido a una herida de gran profundidad, a nivel de la muñeca derecha, con posterior pérdida de la sensibilidad de la mano y compromiso de los flexores de miembro superior derecho. Agrega, que recibió tratamiento quirúrgico debido a la complejidad de las heridas. Que en controles posteriores un mes después de la cirugía, se le ordenó iniciar terapia física y posteriormente solicita cita con fisioterapia.

3.3. Continúa señalando que, el demandante en cita de control del 30 de julio de 2018, el médico tratante consideró que debía comenzar a realizar terapias físicas con la finalidad de recuperar la movilidad del brazo derecho. Le fue ordenadas 20 sesiones de terapia física y cita de control en un mes. Indica que, las órdenes médicas expedidas por el médico tratante fueron radicadas ante la SOS EPS el 30 de julio de 2018.

3.4. Se advierte, que a pesar de haberse realizado los trámites administrativos correspondientes, la demandada fue negligente en su actuar, pues no le hizo entrega de las autorizaciones para la realización de las terapias físicas y para la cita de control programada para el 13 de septiembre 2018.

¹ Pág. 3 Archivo 3. SENTENCIA S2021-000661 J-2018-2974

² Págs. 01 a 06 *ibid.*

3.5. Que, ante tal situación, se vio en la obligación de asumir el costo de las terapias físicas de manera particular, con la finalidad de recuperar sus condiciones de salud y seguir el tratamiento médico ordenado por el galeno tratante.

3.6. De las pruebas allegadas al plenario y los documentos médicos aportados fueron verificados por la profesional de la medicina Martha Lucia Castro Ramírez, integrante del grupo de apoyo especial de la Superintendencia de Salud, en aras de establecer la existencia de autorización expresa para una atención específica, incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS para cubrir las obligaciones para con el usuario. Para destacar la pertinencia del concepto de la profesional de la medicina adscrita a la Superintendencia de Salud, se recordó la sentencia del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá D.C., en su Sala Laboral, dentro del radicado único 11001-305-000-2017-002075-01.³

3.7. Así, al enunciarlo señaló que verificados los documentos médicos allegados al plenario se advirtió que:

“i. Alberto Lucas Hurtado es un paciente de 50 años, que sufrió un accidente con lesiones importantes en su mano derecha, con diagnósticos de -Traumatismo de múltiples tendones y músculos, -Otras lesiones del nervio mediano. -Lesión del nervio cubital. Recibió tratamiento quirúrgico intervenido por cirujano de mano debido a la complejidad de las heridas. ii. En controles posteriores, presentó una buena evolución, un mes después de la cirugía le ordenan iniciar terapia física y posteriormente les solicitan cita con fisioterapia. iii. La evaluación inicial por fisioterapia refiere, paciente con dominancia diestra “en condiciones de discapacidad temporal por deficiencia del sistema muscular esquelético que le limita severamente el desarrollo de sus actividades básicas cotidianas y de la vida diaria restringiendo severamente su participación laboral social y familiar”. iv. Refiere en los hechos que tramitó solicitudes de servicio y no fueron autorizadas por la EPS demandada. v. Sin embargo el usuario no allegó la solicitud de autorización de las terapias físicas requeridas. vi. No se evidenció respuesta por parte de

³ “De igual modo ocurre con el trámite para la verificación y valoración de los recobros solicitados por parte del equipo de auditores de la Superintendencia Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, el cual no corresponde a un peritazgo, pues dicho estudio Hace parte de las funciones propias de dicha Superintendencia en aras a resolver los asuntos propios de la materia y que le competen cómo es el caso de marras, para así, de acuerdo a las pruebas y soportes verificar la pertinencia o no de los recobros reclamados. Por tanto no era dable correr traslado en los términos indicados por la parte recurrente, pues se insiste, no se trata de un peritazgo y/o informe técnico externo”.

EPS. vii. El demandante allegó facturas que soportan las 40 terapias físicas. viii. El demandante no soportó el pago de control posquirúrgico objeto de la pretensión. ix. El usuario incluyó en la demanda historia clínica completa de las atenciones por médico tratante y por fisioterapia. x. El demandante no allegó la solicitud de reclamación ante la EPS demandada.

Por lo previamente descrito la profesional adscrita a la Superintendencia sugirió que la EPS Servicio Occidental de Salud SOS le brindó los servicios requeridos al usuario cuando tuvo conocimiento.

3.8. Señaló el *a quo* que después de analizados los hechos de la demanda, los argumentos expuestos por la parte demandante, analizadas y valoradas las pruebas allegadas al plenario, encontró que frente al comportamiento desplegado por la entidad demandada referente a los servicios de salud requeridos por el usuario, para la atención de controles posteriores a la cirugía de Flexores de los dedos, Flexores del carpo, Neurografía de nervio mediano y cubital y realización de terapias físicas, no se hallaron demostrables conductas de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada por parte de la pasiva.

3.9. A la anterior conclusión arribó, al advertir que dichos servicios de salud fueron requeridos por el afiliado como paciente particular, de forma libre y espontánea, sin haber solicitado previamente a la EPS demandada las autorizaciones de servicios para control y terapias físicas ordenadas el 14 de agosto de 2018, las cuales requería para la rehabilitación del miembro superior derecho.

3.10 Aunado a lo anterior, la Superintendente delegada advirtió que el demandante no aproximó al plenario lo exigido por el despacho, esto es: los documentos donde consten las gestiones realizadas ante la EPS para solicitar las citas de control postoperatorio y las sesiones de terapias de rehabilitación física, servicios por los cuales reclama el reembolso.

3.11. Tampoco se allegaron los documentos donde conste la negación de la autorización de servicios ni en el que se evidenciare inoportunidad de atención por parte de SOS EPS como sustento de los hechos narrados en el escrito demandatorio. Contrario a lo anterior, evidenció que la demandada si brindó los servicios requeridos por el usuario siempre que tuvo conocimiento de estos. No pudiéndose evidenciar por parte de la demandada, negativa injustificada o negligencia demostrada.

3.12 Las anteriores premisas fácticas le permitieron concluir que, resultaba improcedente el reembolso por parte del Servicio Occidental de Salud EPS, SOS EPS solicitado por el afiliado, toda vez que debe tenerse en cuenta que las causales de reconocimiento económico operan en casos excepcionales, pues el sano entendimiento de la estructura del SGSSS es que el afiliado primero acuda a las clínicas y médicos que le ofrece su EPS, los cuales el primer momento serán los obligados a prestarle los servicios requerido. Sí ello no ocurre, y la circunstancia de no prestación del servicio obedece a los presupuestos mencionados, entonces ahí sí habría lugar al reconocimiento del reembolso deprecado.

4. La apelación

4.1. Inconforme con la sentencia emitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, el demandante, planteó impugnación.

4.2. Solicita el recurrente se revoque la providencia emitida el 15 de abril de 2021⁴. Como sustento de su petición evocó lo dispuesto en el artículo 41 de la ley 1122 de 2007⁵, modificado y adicionado por el artículo 126 de la ley 1438 de 2011 literal b).

4.3 Adujo el recurrente por activa que la Superintendente Delegada indicó que no se presentó la documentación completa que permitiera validar los pagos y las reclamaciones que se realizaron ante la entidad demandada EPS SOS. Por lo anterior, adjuntó nuevamente con la impugnación, los soportes que acreditan el agotamiento de todas las instancias ante la EPS SOS Servicio Occidental de Salud.

5. Trámite de segunda instancia

5.1. Alegatos de conclusión

⁴ Págs. 59 a 63 de Archivo 4. Expediente y trámite Supersalud.pdf

⁵ “Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios”.

Los apoderados judiciales de las partes, previo traslado para alegatos de conclusión, de conformidad con el artículo 15 del Decreto Ley 806 del 04 de junio de 2020, guardaron silencio dentro del término legal.

III. CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. Problema jurídico.

Corresponde a la Sala establecer si:

1.1. ¿Hay lugar a condenar a la EPS Servicio Occidental de Salud a reembolsar los gastos en que incurrió su afiliado al sistema por concepto del servicio postquirúrgico y terapias físicas atendiendo los diagnósticos de: Traumatismo de múltiples tendones y músculos, Otras lesiones del nervio mediano, lesión del nervio cubital, por los cuales había recibido tratamiento quirúrgico?

2. Respuesta al problema jurídico.

2.1. La respuesta al interrogante es **negativa**. Fue acertada la decisión de la Superintendente Delegada, pues se verificó con prueba suficiente que el demandante no allegó al plenario la documentación necesaria que le permitiera probar las gestiones realizadas ante la EPS para solicitar las citas de control postoperatorio y las sesiones de terapias de rehabilitación física, servicios respecto de los cuales reclama el reembolso, razón por la cual no puede señalarse que se le haya negado injustificadamente los servicios médicos.

2.2. Los fundamentos de la tesis son los siguientes:

2.2.1. Del reembolso.

El art. 41 de la ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, establece que, con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:

“Literal b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:

1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.
2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.
3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.”

Así mismo, es oportuno recordar que conforme al artículo 159, numerales 1, 2 y 4, de la Ley 100 de 1993, se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos:

1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162 por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.
2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional.
(...)
4. La escogencia de las Instituciones Prestadoras de Servicios y de los profesionales entre las opciones que cada Entidad Promotora de Salud ofrezca dentro de su red de servicios.

A su turno el art. 168 ibídem, consagró que la atención inicial de urgencias debe ser suministrada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato, ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

Adicional a lo anterior, el art. 120 Decreto 19 de 2012 preceptúa que: *“...el trámite de autorización para la prestación de servicios de salud lo efectuará, de manera directa, la institución prestadora de servicios de salud IPS, ante la entidad promotora de salud, EPS. En consecuencia, ningún trámite para la obtención de la autorización puede ser trasladado al usuario”*.

De la misma manera, el art. 14 de la Ley 1751 de 2015, consagra que: *“Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia”*.

Además, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, emitida por el Ministerio de Salud “Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimiento del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud”, preceptúa:

“ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto”.

2.2.2 De la exhibición de material probatorio en el recurso de apelación y no dentro de las oportunidades procesales.

Ahora bien, el artículo 173 del C. G. del P., advierte que *para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados por dicho código. Las pruebas practicadas por comisionado o de común acuerdo por las partes y los informes o documentos solicitados a otras entidades públicas o privadas, que lleguen antes de dictar sentencia, serán tenidas en cuenta para la decisión, previo el cumplimiento de los requisitos legales para su práctica y contradicción.*

El artículo 84 y 85 del CPTSS disponen:

“Casos en que el tribunal puede ordenar y practicar pruebas. Las partes no podrán solicitar del tribunal la práctica de pruebas no pedidas ni decretadas en primera instancia.

Cuando en la primera instancia y sin culpa de la parte interesada se hubieren dejado de practicar pruebas que fueron decretadas, podrá el tribunal, a petición de parte, ordenar su práctica y la de las demás pruebas que considere necesarias para resolver la apelación o la consulta.”

Al respecto, la Sala Laboral de la Corte Suprema de Justicia en decisión CSJ SL 10 jun. 2009, rad. 35989, recordada en sentencia CSJ SL2933-2021, de fecha 7 de julio de 2021, precisó:

“Cuando se habla de prueba se alude, naturalmente, a un medio de convicción que, en principio, debe ser solicitado como tal por la parte interesada y decretado así por el juez, o decretado por éste de conformidad con sus facultades oficiosas. En ambos casos, el elemento que se pretenda valer como prueba debe estar debidamente decretado e incorporado al expediente.”

Por su parte, el artículo 281 del CGP indica:

*“En la sentencia se tendrá en cuenta cualquier hecho modificativo o extintivo del derecho sustancial sobre el cual verse el litigio, **ocurrido después de haberse propuesto la demanda, siempre que aparezca probado y que haya sido alegado por la parte interesada a más tardar en su alegato de conclusión o que la ley permita considerarlo de oficio.**”*

2.3. Caso concreto:

2.3.1. La Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud estimó que no era procedente reconocer el reembolso al usuario por los siguientes conceptos: de atención de citas de control posquirúrgico y terapias de rehabilitación física (Archivo 3. SENTENCIA S2021-000661 J-2018-2974.pdf)

2.3.2. Pues bien, no es sujeto de controversia los siguientes supuestos fácticos: *i.* el señor Alberto Lucas Hurtado se encuentra afiliado a Servicio Occidental de Salud EPS, SOS EPS; *ii)* tampoco se discute que el accionante es un paciente, que sufrió un accidente con lesiones importantes en su mano derecha, con diagnósticos de -Traumatismo de múltiples tendones y músculos, -Otras lesiones del nervio mediano. -Lesión del nervio cubital. *iii)* En el asunto, igualmente, no es objeto de discusión que el apelante recibió tratamiento quirúrgico siendo intervenido por un cirujano de mano debido a la complejidad de las heridas.

2.3.3. Adujo el recurrente por activa que la decisión de primer grado se soportó la negativa en que no se presentó la documentación completa que permitiera validar los pagos y las reclamaciones que se realizaron ante la entidad demandada EPS SOS. Por lo anterior, adjuntó nuevamente con la impugnación, los soportes que acreditan el agotamiento de todas las instancias ante la EPS SOS Servicio Occidental de Salud.

2.3.4. Para resolver, la Sala parte del art. 60 del CPT y SS, el cual advierte que «*El Juez, al proferir su decisión, analizará todas las pruebas allegadas en tiempo*». De ahí, que como lo prevé la citada normativa, allegar a tiempo las probanzas implica que las partes las aporten dentro de las oportunidades legales o etapas procesales correspondientes, esto es, con la demanda inicial, su respuesta, la reforma a la demanda y su contestación, o en el transcurso del proceso cuando no se tengan en su poder, antes de que se profiera la decisión que ponga fin a la instancia, siempre y cuando hubieran sido solicitadas como prueba y decretadas como tal. Por consiguiente, los documentos que no son incorporados debidamente resultan inoponibles, no siendo viable que de manera desprevenida los litigantes aporten cualquier prueba en estas condiciones, para que se les imparta valor probatorio y se tengan en cuenta en la decisión de fondo.

2.3.5. En lo que atañe al tema de aportación de pruebas en tiempo y en legal forma, en sentencia de la CSJ, SL 30 mar. 2006, rad. 26.336, que fue reiterada en decisión SL 12 nov. de igual año, rad. 34267, se dijo:

“Los jueces están obligados a proferir su decisión apoyados únicamente en las pruebas que regular y oportunamente se han allegado al proceso, de acuerdo con lo previsto en el artículo 174 del Código de Procedimiento Civil, y a su vez para que una prueba pueda ser apreciada deberá <solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados para ello> conforme lo enseña el artículo 183 ibídem.

Lo anterior guarda armonía con lo dispuesto en el artículo 60 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social que reza: <El Juez, al proferir su decisión, analizará todas las pruebas allegadas en tiempo>.

*Así las cosas, importa destacar que una **prueba es inexistente o más bien inoponible en la medida que no sea debidamente incorporada al proceso, esto es, de manera regular y en tiempo, dado que no basta con que una de las partes en forma desprevenida o extemporánea la hubiera allegado y que como consecuencia de ello obre en el expediente, para que el juzgador pueda válidamente considerarla e impartirle valor probatorio al momento de proferir la decisión de fondo, pues en estos casos se requiere del pronunciamiento previo del juez de conocimiento en relación a su aportación, a efecto de cumplir con los citados principios y por ende con el debido proceso al tenor del artículo 29 de la Carta Mayor.***

Lo dicho significa, que no es viable la apreciación de una prueba inoportunamente allegada y menos que no hubiese sido decretada como tal en alguna de las etapas procesales prescritas para esos específicos fines, puesto que permitirlo, sería ir en contra del mandato de la mencionada norma constitucional que señala como <nula, de pleno derecho, la prueba obtenida con violación del debido proceso>”. (Resalta la Sala)

2.3.6. A su turno, el art. 54 *ibidem*, regula las pruebas de oficio, y al respecto señala que además de los medios de convicción pedidos por los contendientes, *“el juez podrá ordenar a costa de una de las partes, o de ambas, según a quien o quienes aproveche, la práctica de todas aquéllas que a su juicio sean indispensables para el completo esclarecimiento de los hechos controvertidos”*, eventualidad en la cual dichas probanzas se incorporarán en el momento en que se practiquen o recauden.

2.3.7. Adicionalmente el art. 83 del CPT y SS, modificado por el art. 41 de la L. 712 de 2001, establece los casos en que se puede ordenar y practicar pruebas en la segunda instancia, el primero *«Cuando en la primera instancia y sin culpa de la parte interesada se hubieren dejado de practicar pruebas que fueron decretadas, podrá el tribunal, a petición de parte, ordenar su práctica»* y la segunda, cuando el Tribunal dispone la práctica *«de las demás pruebas que considere necesarias para resolver la apelación o la consulta»* que corresponde a las facultades oficiosas del *ad quem*. En uno y otro caso es potestad del Juez Colegiado, de la cual podrá hacer uso durante el trámite de la segunda instancia, y no una imperativa obligación, a voces del precedente jurisprudencial. Y el art. 84 *ibidem* estipula *«Consideración de pruebas agregadas inoportunamente. Las pruebas pedidas en tiempo, en la primera instancia, practicadas o agregadas inoportunamente, servirán para ser consideradas por el superior cuando los autos lleguen a su estudio por apelación o consulta»*.

2.3.8. Del artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, se desprenden tres eventos en los que el usuario está legitimado para exigirle a la EPS le reembolse las sumas que debió cancelar por un procedimiento médico:

- i) Atención de urgencias en una IPS que no tenga convenio con la EPS a la está afiliada la persona.
- ii) Por autorización de la EPS a realizarse un tratamiento específico en una IPS determinada y,
- iii) Demostrada negligencia, incapacidad o negativa injustificada de prestar un determinado servicio médico.

2.3.9. Verificada una de esas causales, ya mencionadas, es obligación de la respectiva EPS reembolsar al usuario las sumas en que éste hubiere incurrido.

2.3.10. Así las cosas, es evidente que le corresponde a quien pretende el reembolso, acreditar que bien estaba en medio de una urgencia o que mediaba la autorización de la EPS o que ésta fue negligente en el servicio prestado.

2.3.11. Descendiendo al caso concreto, se cuenta con las siguientes probanzas:

1. Concepto técnico científico (Págs. 3 a 5 de Archivo 3. Sentencia S2021-000661 J-2018-2974.pdf), por la Profesional Especializada adscrito a la Superintendencia Nacional de Salud Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, en el cual concluyó lo siguiente:

“1... Alberto Lucas Hurtado es un paciente de 50 años, que sufrió un accidente con lesiones importantes en su mano derecha, con diagnósticos de -Traumatismo de múltiples tendones y músculos, -Otras lesiones del nervio mediano. -Lesión del nervio cubital. Recibió tratamiento quirúrgico intervenido por cirujano de mano debido a la complejidad de las heridas”.

“2... En controles posteriores, presentó una buena evolución, un mes después de la cirugía le ordenan iniciar terapia física y posteriormente les solicitan cita con fisioterapia”.

“3... La evaluación inicial por fisioterapia refiere, paciente con dominancia diestra “en condiciones de discapacidad temporal por deficiencia del sistema muscular esquelético que le limita severamente el desarrollo de sus actividades básicas cotidianas y de la vida diaria restringiendo severamente su participación laboral social y familiar”.

“4... Refiere en los hechos que tramito solicitudes de servicio y no fueron autorizadas por la EPS demandada”.

“5... Sin embargo el usuario no allegó la solicitud de autorización de las terapias físicas requeridas”.

“6... No se evidenció respuesta por parte de EPS”.

“7... El demandante allegó facturas que soportan las 40 terapias físicas”.

“8... El demandante no soportó el pago de control posquirúrgico objeto de la pretensión”.

“9... El usuario incluyó en la demanda historia clínica completa de las atenciones por médico tratante y por fisioterapia”.

“10... El demandante no allegó la solicitud de reclamación ante la EPS demandada”. Resalta la Sala.

Por lo previamente descrito la profesional adscrita a la Superintendencia sugirió que la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD le brindó los servicios requeridos al usuario en el momento en que tuvo conocimiento.

2. Historia Clínica del accionante, expedida el día 18 de Julio de 2018 por parte de la Fundación Valle de Lili, en donde se lee como motivo de consulta: *“... hace 30 minutos mientras limpiaba un vidrio se partió y cortó el brazo derecho. Presenta herida de grande profundidad en muñeca derecha con posterior pérdida de la sensibilidad de la mano y compromiso de los flexores del MSD, llenado capilar 2 segundo. Herida 6 cm. Bordes irregulares. Diagnóstico: Traumatismo de múltiples tendones y músculos. Otras lesiones del nervio mediano. Lesión del nervio cubital. Cirugía realizada el mismo día por cirugía de mano, ortopedia y traumatología. Salida con control en 10 días. Antibioticoterapia y analgésicos”*
3. Se desprende de dicho historial clínico, que se realizó al actor un control posoperatorio, donde se retiran los puntos y continúa con inmovilización con férula. Se da control en 3 semanas.
4. El día 14 de agosto de 2018, se efectuó por parte de la Fundación Valle de Lili, control médico particular, en el que se le indica al paciente que debe iniciar terapia física, 20 sesiones (FL. 40 Archivo Documentos clínicos.pdf). Se solicita cita con fisioterapia para supervisión del proceso de rehabilitación y se le otorga cita en un mes.
5. En cita médica del 13 de septiembre de 2018, se hace control al actor, por parte de la Fundación Valle de Lili, donde ordenó continuar con las terapias.
6. Posteriormente el 11 de octubre de 2018, acorde con la historia clínica expedida por la Fundación Valle de Lili, se advierte que hubo mejoría de la movilización con limitación de la flexión completa de los dedos. Deja

constancia además, que se mejoró la sensibilidad del mediano hasta la palma de la mano. Persiste anestesia de los dedos, y se ordena continuar terapias en un número de 20 sesiones. Otorga cita en un mes.

7. Adicional a lo anterior, deja entrever la historia clínica expedida por la Fundación Valle de Lili de fecha 23 de agosto de 2018, que inició el actor sesiones -particular-. Paciente con dominancia diestra. Indicaciones médicas -movilización pasiva de los dedos con ejercicios progresivos submáximos de flexión y extensión, ejercicios de deslizamiento de flexores, nervio cubital y mediano.
8. Por concepto de tratamiento de terapia física, se expiden por parte de la Fundación Valle de Lili, las siguientes facturas de Venta:
 - La No 105680190 de 01 de septiembre de 2018. Tratamiento terapia física (8) \$168.000. (FL. 49-50 Archivo anexos demanda.pdf).
 - No. 105725768 de 18 de septiembre de 2018. Tratamiento terapia física (12) \$252.000. (FL. 57-58 Archivo anexos demanda.pdf).
 - Factura de venta No. 105754725 de 28 de septiembre de 2018. Tratamiento terapia física (4). Valor de la cuenta \$84.000. (FL. 65-66 Archivo anexos demanda.pdf).
 - Factura de venta No. 105816131 de 23 de octubre de 2018. Tratamiento terapia física (16) por valor de \$336.000 (FL. 67-68 Archivo anexos demanda.pdf).
9. Adicional a lo anterior, con el escrito de demanda, se aportaron los pantallazos que se anexan en imagen, los cuales se hallan en los folios 41-42 del Archivo Anexos demanda.pdf.:

> **AFILIADO**

ALBERTO LUCAS HURTADO

> **DATOS BASICOS DEL AFILIADO**

Fecha: 11/09/2018
 Número de Identificación: CC 16747088
 Nombres y Apellidos: ALBERTO LUCAS HURTADO
 IPS Primaria: COMFANDI IPS PASOANCHO
 Derecho: ACTIVO

> **ESTADOS DE LAS SOLICITUDES**

ESTADO	SERVICIO	PRESTADOR DESTINO	OBSERVACIONES	VENCIMIENTO AUTORIZACION	VALOR COPAGO/ CUOTA MODERADORA	DESCARGAR
ENTREGADA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI - CARRERA 98 # 18-49 - 6805757 - 3319090	Para la prestación de su servicio dirijase a la IPS FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI, Tel: 6805757 - 3319090, Dirección CARRERA 98 # 18-49. Recuerde llevar orden médica e Historia clínica.	28/02/2019	12.000.00	
EN TRAMITE			Solicitud #121096 ingresada por la web el 15/08/2018		0.00	

Derecho: **ACTIVO**

> **ESTADOS DE LAS SOLICITUDES**

ESTADO	SERVICIO	PRESTADOR DESTINO	OBSERVACIONES	VENCIMIENTO AUTORIZACION	VALOR COPAGO/ CUOTA MODERADORA	DESCARGAR
EN TRAMITE			Solicitud #121096 ingresada por la web el 15/08/2018		0.00	
EN TRAMITE			Solicitud #118905 ingresada por la web el 31/07/2018		0.00	

> **DATOS BASICOS DEL AFILIADO**

Fecha: 21/09/2018
 Número de Identificación: CC 16747088
 Nombres y Apellidos: ALBERTO LUCAS HURTADO
 IPS Primaria: COMFANDI IPS PASOANCHO
 Derecho: ACTIVO

> **ESTADOS DE LAS SOLICITUDES**

ESTADO	SERVICIO	PRESTADOR DESTINO	OBSERVACIONES	VENCIMIENTO AUTORIZACION	VALOR COPAGO/ CUOTA MODERADORA	DESCARGAR
EN TRAMITE			Solicitud #125734 ingresada por la web el 19/09/2018		0.00	
ENTREGADA	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI - CARRERA 98 # 18-49 - 6805757 - 3319090	Para la prestación de su servicio dirijase a la IPS FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI, Tel: 6805757 - 3319090, Dirección CARRERA 98 # 18-49. Recuerde llevar orden médica e Historia clínica.	28/02/2019	12.000.00	

De la prueba documental recordada emergen las siguientes conclusiones:

- i) No se vislumbra con claridad si las facturas antes mencionadas fueron o no radicadas ante la ESP SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD.
- ii) Los comprobantes cambiarios, corresponden a las fechas: 23 de octubre de 2018, 28 de septiembre de 2018, 18 de septiembre de 2018, y 01 de septiembre de 2018. Sin embargo, en los pantallazos aportados, con los que se pretende demostrar que se radicaron en su momento ante Servicio Occidental de Salud EPS, SOS EPS; se aprecian calendas distintas; en el primero 11/09/2018 y 28/02/2019; en el segundo 15/08/2018 y 31/07/2018 y en la tercera imagen, se registran: 21/09/2018 y 20/02/2019, donde no confluye la generación de la factura, con respecto al registro que se pudo haber efectuado de manera electrónica por el paciente.
- iii) No se allegó documental por medio de la cual se evidenciara que la EPS convocada fue negligente o expresó una negativa injustificada para la autorización del servicio médico que requería el señor Alberto Lucas Hurtado. **No puede perderse de vista, que los que atañen a tal evento, fueron exhibidos con el escrito de impugnación.**
- iv) No se aportó la solicitud de reembolso por parte del paciente ante la EPS Servicio Occidental De Salud, ni los soportes documentales como facturas, y certificaciones del médico tratantes u órdenes médicas, dadas por la IPS correspondiente.
- v) Tampoco se trajo respuesta alguna dada por la EPS respecto de la autorización de las terapias físicas requeridas. Únicamente se dio a conocer su postura, pero con el escrito de impugnación.

Ante tales aserciones, cobra relevancia todas y cada una de las premisas esbozadas por la Superintendente Delegada, quien apoyó su decisión en el concepto técnico científico dado por la Profesional Especializada, al quedar al descubierto que las pruebas con las que hubiese podido demostrar la radicación y consecuente negativa por parte de la EPS convocada, no fue aportada en el curso de la primera instancia, pese a haberse efectuado un requerimiento por parte de la Superintendencia.

Impidiéndose por tanto a esta Sala, ordenar su incorporación con base en la potestad que le concede el art. 83 del CPT y SS, bajo el primer supuesto que trae la norma, esto es, «*Cuando en la primera instancia y sin culpa de la parte interesada se hubieren dejado de practicar pruebas que fueron decretadas, podrá el tribunal, a petición de parte, ordenar su práctica*», en concordancia con el art. 84 *ibidem* que permite ser consideradas en la segunda instancia las pruebas pedidas en tiempo y allegadas inoportunamente.

Haciéndose improcedente el reembolso que pretende el señor Alberto Lucas Hurtado, del Servicio Occidental de Salud EPS, SOS EPS , toda vez que debe tenerse en cuenta que las causales de reconocimiento económico operan en casos excepcionales. Presupuestos que no fueron acreditados por el recurrente por activa, sin que la documental allegada en sede de impugnación, tengan la virtud de incorporarse como medio probatorio dentro del presente dentro del litigio, en consecuencia, no podrían ser analizados en sede de apelación. Lo anterior, como quiera que, pese a que obra en el expediente, lo cierto es que no fue decretado como tal y no fue oponible al extremo accionado. Argumentos que le permiten a esta Corporación, confirmar la decisión de primer grado.

5. Costas.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 365 del C.G.P., se condenará en costas en esta instancia a la parte apelante señor Alberto Lucas Hurtado y a favor del Servicio Occidental de Salud EPS, SOS EPS.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la **Sala Primera de Decisión Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cali**, administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia N° S-2021-000661 del proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud el día 15 de abril de 2021.

SEGUNDO: CONDENAR EN COSTAS a cargo de la parte apelante y en favor de la entidad demandada. Las agencias en derecho en esta instancia se fijan en suma de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,

Firma digitalizada para
actos judiciales



FABIO HERNÁN BASTIDAS VILLOTA
FABIO HERNÁN BASTIDAS VILLOTA

CARLOS ALBERTO CARREÑO RAGA
Con ausencia justificada.

Firma Digitalizada Para Actos
Judiciales



MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA
MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA
Se suscribe con firma escaneada por salubridad pública
(Art. 11 Dcto 491 de 2020)