



SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL.

Medellín, dieciocho (18) de julio de dos mil veintidós (2022).

DEMANDANTE: ESPERANZA LUGO ÁLVAREZ.
DEMANDADO: RED VITAL.
VINCULADO: LA PREVISORA S.A. y Otro.
TIPO DE PROCESO: SUMARIO – SUPERINTENDENCIA DE SALUD.
DECISIÓN: **MODIFICA y CONFIRMA.**

En la fecha, **EI TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN, SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL**, conformada por los Magistrados, Nancy Gutiérrez Salazar, Carlos Alberto Lebrún Morales y María Eugenia Gómez Velásquez, procede a revisar el recurso de apelación interpuesto por la demandada SUMIMEDICAL S.A.S. - RED VITAL, frente a la decisión proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Pública en el Proceso jurisdiccional sumario instaurado por la señora **ESPERANZA LUGO ÁLVAREZ**, en contra de **SUMIMEDICAL S.A.S. - RED VITAL**, y las vinculadas **MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** y la **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.**

Sin ALEGATOS DE CONCLUSIÓN EN ESTA INSTANCIA.

La Sala, previa deliberación, adoptó el proyecto presentado por la Ponente, el cual se traduce en la siguiente decisión:

SENTENCIA DE SEGUNDA INSTANCIA.

ANTECEDENTES:

PRETENSIONES:

- Ordenar el reconocimiento económico de la suma de \$401.550 por concepto de compra de medicamentos de noviembre de 2017 a enero de 2018.

HECHOS:

- Que el 29 de noviembre de 2017 le formularon 4 medicamentos –Mirtazapina, Amitriptilina, Pregabalina y Lansoprazol-, de los cuales, este último se le entregó en dicha fecha.
- Que hasta el 26 de diciembre de 2017, la EPS le hizo entrega de los medicamentos Mirtazapina y Amitriptilina que le fueron formulados desde el 29 de noviembre de 2017; pero la Pregabalina no le fue entregada, dado que solo tenían Legabin y otra marca que le causa efectos secundarios.
- Dice que la EPS no ha tomado una decisión respecto a este último medicamento, siendo sometida al ensayo de 3 marcas diferentes, que le generan efectos secundarios adversos a su salud.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA:

Ordenó a SUMIMEDICAL S.A.S.–REDVITAL UT reconocer y pagar a la demandante, la suma de \$401.550 por concepto de reembolso de gastos médicos, en el término de 5 días siguientes a la ejecutoria de la providencia. Y a la Fiduciaria La Previsora S.A., que en caso de que la primera entidad demandada no realice el pago de la referida suma de dinero, proceda a reconocer y pagar dicha suma a la demandante, autorizándola a descontar la misma del contrato suscrito con el prestador de salud.

Dijo la A quo que la demandada no despachó la totalidad de los medicamentos prescritos por el médico tratante de la demandante, necesarios para la continuidad en el tratamiento de esta, por lo que la misma se vio avocada a su compra, cuando la entidad encargada del aseguramiento es la responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la prestación de los servicios de salud, en virtud del Principio de integralidad.

RECURSO DE APELACIÓN SUMIMEDICAL S.A.S – REDVITAL UT.

Dice que ella solo es la IPS prestadora del servicio de salud, y que a la usuaria no se le ha negado el servicio, se le ha hecho entrega de los medicamentos en forma periódica, y que teniendo consulta de control en enero para verificar los tratamientos, ella no asistió. Que los medicamentos que se le están cobrando no fueron ordenados por el médico o especialista de tal entidad, y que para la fecha de compra de los mismos, ésta no hacía parte de la contratación con la Fiduprevisora, lo cual solo ocurrió a partir del 23 de noviembre de 2017, por lo que no es su responsabilidad asumir el pago de ellos. Finaliza manifestando que no hay lugar a realizar reembolsos por costos asumidos por los usuarios, ya que para ello debe existir una negativa por parte de la entidad, esto es, que no se haya prestado el servicio por su red.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

- **Competencia:** Principio de Consonancia art. 66A del Código Procesal de Trabajo y de la Seguridad Social -C.P.T. y de la S.S.-, adicionado por el artículo 35 de la Ley 712 de 2001; concordado con lo dispuesto en el parágrafo 1 del artículo 41 de la ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, que señala: “la sentencia podrá ser apelada dentro de los 3 días siguientes a su notificación. En caso de ser concedido el recurso, el expediente deberá ser remitido al Tribunal Superior del Distrito Judicial - Sala Laboral...”.
- **Objeto:** Determinar si la demandada SUMIMEDICAL S.A.S. - RED VITAL UT, debe reembolsar los gastos en los que incurrió la demandante por concepto de medicamentos. Veamos:

El artículo 48 de la Constitución Política de Colombia consagra el derecho a la Seguridad Social, entre ellos la **salud**, como un “servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, **universalidad** y solidaridad”; estableciéndose en el artículo 49 de la misma Carta Política, el derecho de toda persona de acceder a los servicios de “promoción, protección y **recuperación de la salud**”, que también es un Servicio público a cargo del Estado.

Ahora, la Ley 91 de 1989, “por la cual se crea el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio”, en el numeral 2 del artículo 5, establece que éste tendrá como objetivo, garantizar a los afiliados de tal Fondo, “la prestación de los servicios médico asistenciales, que contratará con entidades de acuerdo con instrucciones que imparta el Consejo Directivo del Fondo”.

Aunado a lo anterior, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 establece que las Entidades Promotoras de Salud, en cada régimen, son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Así lo consagra la referida norma, para lo que interesa:

“Organización del Aseguramiento. 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**.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento...”.

REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS.

Al respecto, la Resolución N° 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, “por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el

Sistema General de Seguridad Social en Salud”, para lo que interesa al caso objeto de debate, en el artículo 14, establece:

“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. 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...

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.”.

Conforme a lo anterior, son tres los eventos en los que hay lugar al reembolso de los gastos en los que incurren los afiliados, esto son: 1.) atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.; 2.) cuando ha sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica; o 3.) en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S para cubrir las obligaciones a su cargo.

En el caso de autos según se desprende de los hechos y pretensiones de la demanda, nos encontramos frente a esta última hipótesis, pues según lo manifestado por la parte demandante, la demandada SUMIMEDICAL S.A.S.-RED VITAL no le suministró oportunamente los medicamentos que le fueron formulados por su médico tratante desde el 29 de noviembre de 2017, viéndose en la obligación de comprar los mismos; estando acreditado en el Proceso, con los links obrantes en el archivo 02 digital, primera Instancia –Historia Clínica-, que la demandante en su calidad de cotizante en el régimen contributivo en salud, fue atendida el 12 de octubre de 2017, diagnosticándosele: dolor crónico intratable (principal) y trastorno mixto de ansiedad y depresión (secundario), siendo tratada con los fármacos: Lansoprazol, Mirtazapina, Amitriptilina y Pregabalina, esta última con anotación de “no entregar Legabin por RAM”. A folios 36 ibíd. obra copia de fórmula médica expedida el **29 de noviembre 2017** por el médico tratante de la demandante (adscrito a SUMIMEDICAL S.A.S.- RED VITAL), en la que se le ordenó el suministro de Mirtazapina, Pregabalina, Lansoprazol y Amitriptilina, dejándose constancia solamente de la entrega de este último medicamento en la misma fecha, lo cual no ocurrió con los demás medicamentos ordenados en dicha fórmula; aportándose a folios 38 fórmula en la que se constata que el 26 de enero de 2018 se le despacharon los medicamentos denominados Pregabalina y Lansoprazol. A folios 28 a 35 ibídem, obra copia de 6 facturas de venta –visiblemente borrosas-, con las cuales se acredita que entre el **14 de julio de 2016** y el **15 de enero de 2018**, la demandante compró varios medicamentos, entre ellos, Mirtazapina y Preludyo-Pregabalina-, ordenados por el médico tratante. Y a folios 90 a 94 ibíd., se aportaron las constancias de envío de varios medicamentos a la demandante por parte de SUMIMEDICAL S.A.S.-RED VITAL, entre ellos, la Mirtazapina y la Pregabalina –

objeto de debate-, entre el **24 de enero** y el **22 de mayo de 2020**, las cuales dan fe de la entrega de los mismos, pero en fecha muy posterior a la de los reclamados por la misma.

Consecuente con lo expuesto, la parte demandante logró demostrar en el Proceso que su médico tratante-adscrito a SUMIMEDICAL S.A.S.-RED VITA -, le ordenó el suministro de los medicamentos denominados Mirtazapina y Pregabalina diferente a Legabin, entre otros; los cuales, en criterio de esta Sala de decisión, no fueron entregados oportunamente, pues los mismos fueron ordenados el 29 de noviembre de 2017 (fl. 36 ibíd), sin prueba alguna de que hayan sido entregados a la paciente durante ese año, reanudándose su entrega solo a partir del 24 de enero de 2020, o por lo menos es lo que aparece acreditado en el Proceso (fl. 90 a 94 ibíd), sin haberse demostrado justificación alguna para ello, realizándose la compra de los mismos por parte de la actora, en fechas posteriores: -7 diciembre de 2017, 30 de diciembre de 2017 y 15 de enero de 2018-.

Lo anterior, se traduce en una falta de diligencia por parte de la demandada SUMIMEDICAL S.A.S.-RED VITAL, en su calidad de prestadora del servicio de salud, configurándose una negativa injustificada en el cubrimiento de las obligaciones a su cargo; sin que sea de recibo lo expuesto por esta última en la sustentación del recurso de apelación, en cuanto que para la fecha de compra de los medicamentos por parte de la actora, dicha entidad no hacía parte de la contratación con la Fiduprevisora, dado que como ella misma lo dio a conocer desde la contestación a la demanda, la prestación de los servicios médico asistenciales a los afiliados del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, en la Región 8: Antioquia-Chocó, en virtud de la adjudicación realizada por la entidad Fiduciaria, surgió a partir del **23 de noviembre de 2017** –fls. 20 a 26 ibíd.-, y como quedó explicado en párrafos anteriores, los medicamentos objeto de recobro se ordenaron en fecha posterior, esto es, el **29 de noviembre de 2017**; y si bien en el Proceso no existe una negativa expresa por parte de la entidad frente al suministro de tales medicamentos, lo cierto es que la no entrega oportuna de estos, implica la negativa implícita de los mismos.

Aunado a lo anterior, no puede desconocerse que a la demandante le asiste derecho a la **continuidad** e **integralidad** del tratamiento médico, en procura de la recuperación de su salud o estabilización de la misma “sin interrupciones que pongan en peligro sus derechos fundamentales a la salud, a la integridad personal o a la dignidad”. Sobre el particular, la Corte Constitucional, en Sentencia T-124 del 8 de marzo de 2016, M.P. Luis Ernesto Vargas Silva, sostuvo:

“4.1. El principio de continuidad, según el numeral 3.21 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993, consiste en que “[t]oda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad”. Dicho principio, hace parte de las responsabilidades a cargo del Estado y de los particulares

comprometidos con la prestación del servicio de salud quienes deben facilitar su acceso con los servicios de promoción, protección y recuperación, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad señalados en el artículo 49 de la Constitución Política de 1991.

4.2. Al respecto, la Corte ha venido reiterando los criterios que deben tener en cuenta las Entidades Promotoras de Salud – EPS, para garantizar la continuidad en la prestación del servicio público de salud sobre tratamientos médicos ya iniciados, de la siguiente manera: “(i) las prestaciones en salud, como servicio público esencial, deben ofrecerse de manera eficaz, regular, continua y de calidad, (ii) las entidades que tienen a su cargo la prestación de este servicio deben abstenerse de realizar actuaciones y de omitir las obligaciones que supongan la interrupción injustificada de los tratamientos, (iii) los conflictos contractuales o administrativos que se susciten con otras entidades o al interior de la empresa, no constituyen justa causa para impedir el acceso de sus afiliados a la continuidad y finalización óptima de los procedimientos ya iniciados”...

4.5. Adicionalmente, la prestación del servicio de salud debe darse de forma continua. La jurisprudencia constitucional ha señalado que los usuarios del sistema de seguridad social en salud deben recibir la atención de manera completa, según lo prescrito por el médico tratante, en consideración al principio de integralidad. Es decir, deben recibir “todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”.

Sin embargo, una vez revisada la fórmula médica expedida el 29 de noviembre 2017-fl 36 ibíd.-, de esta se desprende que los medicamentos recetados fueron: Mirtazapina, Pregabalina, Lansoprazol y Amitriptilina; y una vez cotejada ésta con las facturas de venta -fls. 28 a 35 ibíd.-, se evidencia que la demandante pretende el recobro de dineros por medicamentos tales como Acetaminofén -factura 3 y 5, fls. 30 y 32- y Centrum-factura 6, fl. 34-, los cuales no fueron ordenados por el médico tratante, o por lo menos ello no se demostró en el Proceso; así como el recobro de una Mirtazapina y una Pregabalina que adquirió el 14 de julio de 2016 –factura 4, fl. 30-, esto es, en una fecha muy anterior a la de la referida fórmula médica, sin aportar prueba alguna de la que se desprenda que para esta última fecha, el médico tratante le había ordenado estos 2 últimos medicamentos, ni que la demandada no se los haya suministrado oportunamente.

Así las cosas, es procedente el reembolso de los gastos médicos pretendidos, pero por la suma de **\$239.300**, correspondiente a los gastos en los que incurrió la demandante por la compra de los medicamentos Mirtazapina -\$92,100-, según las facturas 2 y 3 de folios 28 y 30, respectivamente; y Pregabalina–Preludyo -\$147.200-, conforme a las facturas 3, 5 y 6 de folios 30, 32 y 34, correspondientemente. **CONFIRMA y MODIFICA.**

Costas Procesales de Segunda Instancia, parcialmente a cargo de la demandada **REDVITAL UT**, dada la prosperidad parcial del recurso de apelación interpuesto por ella.

En mérito de lo expuesto, la **SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: MODIFICAR los numerales **SEGUNDO** y **TERCERO** de la Sentencia proferida por la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, el 12 de julio de 2020, dentro del Proceso Sumario instaurado por la señora **ESPERANZA LUGO ÁLVAREZ**, en contra de **SUMIMEDICAL S.A.S. - RED VITAL**, y las vinculadas **MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO** y la **FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.**, en cuanto que el valor a rembolsar a la demandante por concepto de gastos médicos, asciende a la suma de **\$239.300** y no a **\$401.550**, según lo expuesto en la parte motiva de esta Sentencia.

SEGUNDO: CONFIRMAR en lo demás.

TERCERO: Costas Procesales de Segunda Instancia, parcialmente a cargo de la demandada **REDVITAL UT**.

Lo resuelto se notifica en **EDICTO** y se firma en constancia.

Los magistrados,



NANCY GUTIÉRREZ SALAZAR

CARLOS ALBERTO LEBRÚN MORALES



MARÍA EUGENIA GÓMEZ VELÁSQUEZ