



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE VALLEDUPAR
SALA CIVIL – FAMILIA – LABORAL

PROCESO: ORDINARIO LABORAL
ASUNTO: CONSULTA DE SENTENCIA
RADICADO: 20001-31-05-004-2016-00616-01
DEMANDANTE: ANA CRISTINA DÍAZ DE MENDOZA
DEMANDADA: NUEVA EPS

MAGISTRADO PONENTE: ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ

Valledupar, diecisiete (17) de noviembre de dos mil veintidós (2022)

Una vez vencido el traslado para alegar de conformidad con el artículo 13 de la Ley 2213 del 13 de junio de 2022, atiende la Sala Civil Familia Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, el grado jurisdiccional de consulta de la sentencia proferida el 29 de agosto de 2017 por el Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Valledupar, en el proceso ordinario laboral promovido por Ana Cristina Díaz de Mendoza contra Nueva EPS S.A.

ANTECEDENTES

1.- Presentó la demandante, por intermedio de apoderado judicial, demanda contra Nueva EPS S.A., para que, mediante sentencia, se declare y condene:

1.1.- Que la Nueva EPS es responsable de los gastos de la cirugía practicada a la demandante en la Clínica Nueva de la ciudad de Bogotá.

1.2.- Como consecuencia de la anterior declaración se condene a la Nueva EPS a reembolsar los gastos médicos en que incurrió con ocasión del procedimiento quirúrgico “melopatía cervical déficit neurológico en curso vía anterior” (sic), exámenes, procedimientos, terapias, laboratorios y rayos x, debidamente indexados.

1.3.- Que se condene al pago de costas y agencias en derecho.

2.- Como fundamento de lo pretendido, relató:

2.1.- Que desde 1985 se encuentra afiliada al régimen contributivo a través de la Nueva EPS.

2.2.- Que le aquejaban problemas de salud, que le impedían un óptimo dominio sobre sus extremidades inferiores y superiores, por lo que la Nueva EPS le suministró los medicamentos: Tiamina, Clopidogrel (Plavix), Citocolina/Somzina y Acido Acetilsalicílico, los que no mejoraron su salud y, por el contrario, empeoró su condición sin que la EPS adelantará alguna remisión que procurará la recuperación de su salud.

2.3.- Que, ante su situación, se trasladó a la ciudad de Bogotá en busca de otras valoraciones, donde le practicaron varios exámenes y se le diagnosticó Mielopatía cervical – déficit neurológico en curso, ordenándole una cirugía de urgencia, que le fue practicada de manera particular en una IPS por fuera de la red de prestadores adscritos a Nueva EPS, la cual fue cancelada con recursos propios.

2.4.- Que presentó solicitud de reembolso de los dineros en que incurrió para la realización de la cirugía, obteniendo respuesta negativa por Nueva EPS, aduciendo que no se demostraba negligencia, negativa, incapacidad o imposibilidad de prestar el servicio por la entidad demandada.

2.5.- Que presentó acción de tutela en contra de la Nueva EPS, la cual fue negada por improcedente.

TRÁMITE PROCESAL

3.- El Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Valledupar - Cesar, admitió la demanda por auto del 9 de agosto de 2016, el que dispuso notificar y correr traslado a la Nueva EPS, la que dio contestación oponiéndose a todas las pretensiones de la parte actora y proponiendo como excepciones de fondo: i) inexistencia de la obligación de Nueva EPS del régimen contributivo de asumir el reconocimiento de reembolso solicitado por la demandante, ii) Nueva EPS por expresa disposición legal no puede utilizar los recursos del sistema de seguridad social en salud en fines diferentes para los que la ley los tiene destinados, iii) cobro de lo no debido toda vez que la afiliada contrató servicios fuera de red y, iv) la genérica o innominada.

3.1.- El 15 de agosto de 2017 tuvo lugar la audiencia de que trata el artículo 77 y SS del Código Procesal de Trabajo, en la que, se declaró clausurada la etapa de conciliación por la ausencia de la demandante; al no contar con excepciones previas para resolver, ni encontrarse

causal para invalidar lo actuado, se fijó el litigio, y se decretaron las pruebas solicitadas por las partes.

3.2.- El 29 de agosto de 2017, se constituyó en audiencia de trámite y juzgamiento en la que, ante la inasistencia de la demandante, el despacho la declaró confesa de los hechos susceptibles de confesión de la contestación de la demanda, seguidamente clausuró la etapa probatoria, se escucharon los alegatos de conclusión, y se profirió la sentencia que hoy se consulta.

LA SENTENCIA CONSULTADA

4.- El Juez de instancia resolvió:

Primero. Absolver a la demandada Nueva EPS de todas las pretensiones de la demanda presentada por Ana Cristina Díaz de Mendoza por las razones expuestas en la parte motiva.

Segundo. Declarar probada la excepción de fondo de cobro de lo no debido y se abstiene el Despacho de examinar las restantes con fundamento en lo ordenado en el artículo 282 del Código General del Proceso.

Tercero. Costas a cargo de la parte demandante, para tales efectos se señalan agencias en derecho la suma de \$737.717 pesos.

Cuarto. Por ser adversa esta sentencia a todas las pretensiones de la demanda, en caso de no ser apelada envíese esta sentencia en consulta ante el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, Sala Civil-Familia-Laboral.”

Como consideraciones de lo decidido, adujo el sentenciador de primer nivel que, la jurisprudencia de la Corte Constitucional ha enseñado que el afiliado goza de libertad de elección de IPS siempre que exista un

convenio entre la EPS del afiliado y la IPS seleccionada, y que esta última preste un servicio de salud que garantice una prestación integral y de calidad, de ahí que existan vulneraciones al derecho fundamental a la salud cuando la IPS receptora no garantiza una prestación integral o presta una atención médica inadecuada.

Expusó que, la Resolución N°5261 de 1994 del Ministerio de Salud, estableció que las EPS deberán reconocerle al paciente los gastos en que este haya incurrido por su cuenta por conceptos de atención en urgencias en una IPS que no haya sido contratada por la EPS, cuando haya sido autorizada expresamente por la EPS y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Determinó que, a la demandante, Ana Cristina Diaz de Mendoza, le fue practicada cirugía denominada “melopatía cervical neurológico curso vía anterior”, de forma particular en la Clínica Nueva de la ciudad de Bogotá, incurriendo en gastos que ascienden a la suma de \$32.950.877 pesos. Adicionalmente, dio por demostrado que la demandante nunca solicitó ante la EPS demandada el cambio del médico tratante, ni solicitó autorización alguna para la práctica del procedimiento quirúrgico en una IPS no adscrita a la red de prestadores de la Nueva EPS.

Recalcó que, pese a que la demandante afirma que el procedimiento fue realizado con carácter urgente, esta condición no se observa, aunado a que no logró demostrar que la pasiva le haya negado injustificadamente

la autorización para el reconocimiento del procedimiento requerido, ni que la misma haya actuado con negligencia.

Finalizó, declarando probada la excepción de fondo denominada “cobro de lo no debido”, y en consecuencia aniquilando todas las pretensiones de la demanda.

CONSIDERACIONES DE LA SALA

5.- De conformidad con el numeral 3, literal b), del artículo 15 del Código de Procedimiento Laboral y de la Seguridad Social, en armonía con lo previsto en el artículo 69 de la misma obra procesal, la Sala es competente para atender la consulta de la sentencia de la referencia, así que agotado el trámite de la instancia y reunidos los presupuestos de demanda en forma, capacidad para ser parte y obrar en el proceso, a lo cual se suma que no se aprecian causales de nulidad que vicien lo actuado, procede a decidir de fondo.

6.- Expuesto lo precedente, y en aras de desatar el grado jurisdiccional de consulta previsto en la ley, corresponde a esta Sala determinar si fue acertada o no la decisión del juez de primera instancia de absolver a la demandada de las pretensiones de reembolso de los gastos médicos particulares.

7.- Para resolver el debate planteado, se debe tener en cuenta inicialmente que no existe discusión en lo siguiente:

- Que Denis Elena Ramos Anaya se encuentra afiliada a Nueva EPS.

- Que durante los días 29 de agosto, 14 y 15 de septiembre de 2015 recibió atención médica por especialistas particulares en la ciudad de Bogotá.
- Que el 15 de septiembre de 2015, le fue realizada cirugía “escisión de disco intervertebral en segmento cervical vía posterior” en la Clínica Nueva de la ciudad de Bogotá, a la cual acudió la paciente de manera particular.
- Que el 24 de noviembre de 2015 presentó solicitud de reembolso por los gastos en que incurrió para la realización de la cirugía en la ciudad de Bogotá.
- Que el 16 de noviembre de 2015, la Nueva EPS rechazó la solicitud de reembolso presentada, bajo el argumento de que no se demostró negligencia de la entidad y de que el servicio fue atendido en una IPS fuera de la red de prestadores de servicios de la EPS.
- Que presentó acción de tutela contra la Nueva EPS solicitando el reembolso de los gastos médicos, obteniendo sentencia del 23 de febrero de 2016 declarando improcedente su pretensión.

8.- En cuanto a los reembolsos por gastos médicos, la Resolución 5261 de 1994 proferida por el Ministerio de salud, en su artículo 14, reglamentó lo correspondiente a la solicitud de reembolsos, en los siguientes términos:

Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido

autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.

De lo anterior se colige que son 3 los eventos en los que la EPS debe reconocer los gastos asumidos de su propio pecunio, para garantizar la atención médica requeridas, a saber:

1. Atención de urgencias, en caso de ser atendido en una institución prestadora de servicios de salud que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.
2. Cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S para una atención específica.
3. En caso de incapacidad, imposibilidad negativa, injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Aunado a ello, los reconocimientos económicos se harán de conformidad con las tarifas establecidas por el Ministerio de la Protección Social para el sector público, tarifa para urgencia – SOAT, establecidas en el Decreto 2423 de 1996.

En el caso sub examine, no hay discusión alguna respecto a que la señora Ana Cristina Díaz de Mendoza, recibió la atención médica en la Clínica Nueva, pese a no existir contrato con la EPS a la cual se encontraba afiliada, por lo que corresponde verificar la existencia de alguno de los 3 supuestos en los cuales la EPS está obligada a asumir el reembolso de gastos médicos.

8.1.- En relación al primer supuesto, esto es, que se haya realizado el procedimiento en atención de urgencias, en caso de ser atendido en una institución prestadora de servicios de salud que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., conviene precisar la interpretación del concepto de urgencia médica, de conformidad con el pronunciamiento de la Corte Constitucional en sentencia T-197 de 2019:

(...) debe comprenderse a partir del alcance que comúnmente se le ha otorgado al derecho fundamental a la vida digna, esto es, bajo el entendimiento de que la preservación de la vida implica no solo librar al ser humano del hecho mismo de morir, sino protegerlo de toda circunstancia que haga sus condiciones de existencia insoportables e indeseables; y le impida desplegar adecuadamente las facultades de las que ha sido dotado para desarrollarse en sociedad de forma digna.

Bajo esta lógica, una adecuada atención de urgencias comprende “emplear todos los medios necesarios y disponibles para estabilizar la situación de salud del paciente, preservar su vida y atender sus necesidades básicas”. Por ello, resulta razonable que “en algunos casos excepcionales, la ‘atención de urgencias’ [pueda] llegar a incluir el tratamiento de enfermedades catastróficas como el cáncer, cuando los mismos sean solicitados por el médico tratante como urgentes y, por lo tanto, sean indispensables y no puedan ser retrasados razonablemente sin poner en riesgo la vida”.

En el presente asunto, consta que Ana Cristina Díaz Ariza recibió atención médica en el interregno del 26 al 29 de agosto de 2015 en la Fundación Clínica Shaio, a donde ingresó por consulta externa, fl. 25, y donde le fueron practicados los exámenes de resonancia nuclear magnética de cerebro, y resonancia nuclear magnética de columna lumbosacra simple, fls 51 a 52.

Así mismo, fue atendida los días 14 y 15 de septiembre del mismo año en la Clínica Nueva donde fue valorada por especialista en Neurología y le fue practicado procedimiento quirúrgico denominado “escisión de disco intervertebral en segmento cervical vía posterior”, según consta en la historia clínica aportada, fl. 38, en la que se indica que el motivo de ingreso fue “me van a operar de la columna cervical”.

De las documentales aportadas, se extrae que, al momento de la atención médica recibida en las dos oportunidades, agosto y septiembre, no presentaba una urgencia vital, puesto que, en la primera oportunidad ingreso por consulta externa, y en la segunda atención ingresó para la realización de un procedimiento quirúrgico programado con anterioridad, lo que acredita que la cirugía no fue practicada de urgencia, por tanto, no se cumple con el primer supuesto que da lugar al reembolso por parte de la EPS.

8.2.- En relación a la segunda hipótesis: “Cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S para una atención específica”, escrutada la historia clínica aportada por la parte actora, no se avizora autorización alguna de la Nueva EPS para recibir atención médica en la ciudad de Bogotá o en cualquier otra IPS que no hace parte de la red de

prestadores de la pasiva, circunstancia por la cual no se encuentra cumplida la segunda causal en la que procede el reembolso.

8.3.- Respecto al tercer supuesto, esto es, *incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S para cubrir las obligaciones para con sus usuarios*, la demandante afirma que se vio compelida a acudir a un médico particular puesto que el tratamiento médico recibido por la EPS no mejoraba su salud, sino que por el contrario empeoro, fl. 4.

A este respecto consta historia clínica adiada 30 de julio de 2015, que da cuenta de la valoración realizada por la Neuróloga de la red de prestadores de la Nueva EPS, en la que fue diagnosticada con “otras enfermedades cerebrovasculares especificadas” y le fueron prescritos medicamentos para su tratamiento, fl. 64 y 65.

Ahora bien, afirma que desde el 14 de septiembre de 2015 fue diagnosticada por el Neurocirujano Remberto Burgos De La Espriella con “Mielopatía cervical – déficit neurológico en curso”, lo cual se constata con la historia clínica vista a folio 37, en el que además se determinó “cirugía prioritaria – déficit neurológico en curso”.

Así mismo, obra epicrisis que acredita que el médico neuroquirúrgico Dr. Carlos Alberto Duque, al que acudió de manera particular y quien la atendió en la Clínica Nueva de Bogotá, le diagnosticó “Trastorno de disco cervical con radiculopatía”, fl. 55, el que le prescribió la cirugía de columna cervical que le fue practicada el 15 de septiembre de 2015 por los médicos Carlos Alberto Duque y Remberto Burgos De La Espriella,

fl. 54, y después del cual, afirma la demandante que su salud ha mejorado hasta el punto de realizar nuevamente actividades que antes no efectuaba, como trasladarse de un lugar a otro y tomar sus alimentos por sus propias manos, fl. 4.

De conformidad con lo expuesto, conviene precisar que es evidente que el galeno de la Nueva EPS y los especialistas particulares emitieron diagnósticos distintos, lo que lógicamente implicó tratamientos diferentes, y respecto de los cuales esta Magistratura no es competente para determinar el correcto o el idóneo, por lo que no le queda otro camino que dar crédito a lo afirmado por la paciente respecto a que ha logrado mejoría para su situación de salud solo después del tratamiento quirúrgico prescrito y realizado por el médico particular.

Así las cosas, conviene precisar que se advierte que la demandante se encontraba recibiendo atención médica por parte de los médicos de la Nueva EPS, sin que se evidencie negativa alguna de la entidad a prestarle los servicios solicitados, no obstante, no se desconoce que la paciente no se encontraba satisfecha con la atención recibida, en el entendido que no percibía recuperación con el tratamiento prescrito por la Neuróloga de la red de prestadores de la Nueva EPS.

Adviértase que, pese al descontento de la afiliada, esta no solicitó un cambio de profesional y/o una nueva valoración, prefiriendo acudir a mutuo propio a un médico particular, donde obtuvo un diagnóstico diferente al suministrado por su EPS, y con el cual bien podía solicitarle a la pasiva una nueva valoración, empero decidió realizarse de manera

particular el tratamiento quirúrgico propuesto por el especialista particular.

De ahí que no se advierta negativa o negligencia de la pasiva para cubrir los servicios médicos requeridos por la paciente, pues ésta ni siquiera manifestó su inconformidad con el tratamiento adelantado por los médicos de la EPS, ni informó a la entidad cuando obtuvo un diagnóstico diferente a fin de que la EPS ordenará una valoración por los médicos de su red de servicios, lo que acredita que fue decisión de la paciente acceder de manera particular a los servicios médicos.

De conformidad con el caudal probatorio, a la afiliada no le asiste el derecho al reembolso que reclama de la Nueva E.P., como quiera que no se encuentra cumplido ninguno de los supuestos que permiten el reembolso de gastos médicos, por lo que se confirmará la decisión de instancia.

9.- En consecuencia, la Sala confirmará la sentencia en consulta, por las razones aquí expuestas. Sin costas en esta instancia, por tratarse de una consulta.

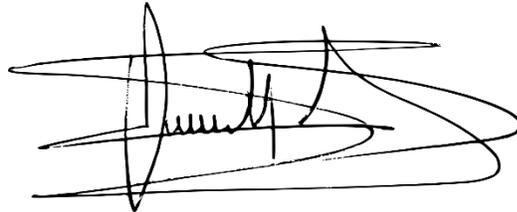
DECISION

Por lo expuesto, la Sala Civil-Familia-Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Valledupar, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la sentencia proferida el 29 de agosto de 2017 por el Juzgado Cuarto Laboral del Circuito de Valledupar – Cesar.

COSTAS como se dejó visto en la parte motiva.

Devuélvase el expediente al juzgado de origen una vez cumplidos los trámites propios de esta instancia. Déjense las constancias del caso en el sistema justicia siglo XXI.

NOTÍFIQUESE Y CÚMPLASE,



ÓSCAR MARINO HOYOS GONZÁLEZ
Magistrado Ponente



HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA
Magistrado



JHON RUSBER NOREÑA BETANCOURTH
Magistrado