



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

Magistrado Ponente:
Fabio Hernán Bastidas Villota

Catorce (14) de diciembre de dos mil veintiuno (2021)

Proceso:	Función Jurisdiccional Superintendencia de Salud.
Radicado:	760012205000 2021 00054 00
Demandante:	Alba Luz García Berrio
Demandado:	Cooameva EPS S.A.
Origen:	Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud.
Asunto:	Confirma sentencia- Reembolso gastos procedimientos médicos.
Sentencia escrita No.	356

I. ASUNTO

Corresponde a la Sala decidir sobre el recurso de apelación interpuesto por la demandada **Cooameva EPS S.A.**, contra la sentencia N° S-2019-001068 del 16 de agosto de 2019, proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del proceso promovido por Alba Luz García Berrio contra Coomeva EPS S.A.

II. ANTECEDENTES

1. La demanda.

Pretende la demandante se efectúe el reconocimiento económico por parte de Coomeva EPS S.A., de la suma de \$17'985.648, por concepto de gastos en los que incurrió la señora Alba Luz García Berrio, en la atención de urgencias.

2. Contestación de la demanda.

2.1 Coomeva EPS S.A.

Guardó silencio, a pesar de haberse realizado la correspondiente notificación digital, (Pág. 105 a 108 Archivo Expediente J-2017-2060 PDF).

3. Decisión de primera instancia

3.1. Por medio de la Sentencia No. S 2019-001068 del 16 de agosto de 2019 (Págs. 143 a 153 *ibíd.*), la A quo decidió: **Primero**, acceder a la pretensión formulada por la señora Alba Luz García Berrio, en contra de Coomeva EPS S.A. **Segundo**, ordenó a la entidad promotora de salud Coomeva EPS S.A., reembolsar en favor de la señora Alba Luz García Berrio, la suma de \$17'985.648. **Tercero**, compulsar copias de la decisión judicial y del expediente a la Superintendencia delegada para la Supervisión Institucional – Dirección de Inspección y Vigilancia Para Prestadores de Servicios de Salud, de la Superintendencia Nacional de Salud, para que conforme a las competencias funcionales previstas en los artículos 21 y siguientes del decreto 2642 de 2013, determine la actuación a seguir en la conducta desplegada por la IPS Clínica Las Américas S.A. de la ciudad de Medellín. **Cuarto**, Indicó que la Sentencia puede ser impugnada ante el Tribunal Superior del Distrito Judicial Sala Laboral, correspondiente al domicilio del apelante, impugnación que deberá interponerse ante el Despacho, dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación. **Quinto**, notificar el contenido de la Sentencia por el medio más expedito.

3.2. Para arribar a tal decisión, luego de evocar el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, los artículos 153, 156, 159 y 168 de la ley 100 de 1993, el artículo 8º de la resolución 5592 de 2015, los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, señaló que la demandante se encontraba en una situación de urgencia médica, acudiendo a la IPS Clínica Las Américas de Medellín, por ***cuadro clínico de imposibilidad para ingerir alimentos, deshidratación aguda y desnutrición aguda.*** Indicándose por el médico especialista tratante de acuerdo a la historia clínica de la reclamante que: “Dejo constancia que si esta paciente no se opera de urgencia corría riesgo inminente de muerte”.

3.3. Adujo, que se encontró plenamente probado que Coomeva EPS S.A. vulneró y trasgredió el acceso efectivo a los servicios de salud a la afiliada Alba Luz García Berrio, al imponer trabas administrativas y económicas innecesarias que le impidieron el oportuno, continuo e integral de los servicios de salud necesarios requeridos para el tratamiento de la enfermedad de ACALASIA ESOFAGICA, realización de los exámenes diagnósticos de MANOMETRIA ESOFAGICA y posterior tratamiento quirúrgico ordenado por el médico especialista, denominado MIOCARDIOTOMIA ESOFAGICA + fundoaplicadura tipo Dor vía laparoscópica. Dilatación neumática esofágica por obstrucción completa esofágica durante el año 2016 y primer semestre de 2017, servicios que le toco asumir a la demandante de manera particular.

3.4. Determinó que la Clínica las Américas no realizó la verificación de derechos, debido a que la usuaria solicitó la prestación de servicios como particular, no obstante, la obligación que tiene toda IPS que preste servicios de salud debe atender a la población que acuda por causa de una alteración de la integridad física o mental, que requiera atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte, por lo que la clínica no requería autorización por parte de la EPS para brindar la atención urgente a la demandante.

3.5. Declaró procedente el reembolso deprecado por la afiliada, por parte de Coomeva EPS S.A. correspondiente a ayudas diagnósticas, por concepto de honorarios anestesia, estancia hospitalaria y derechos de sala procedimientos quirúrgicos en la Clínica Las Américas, honorarios del cirujano, segunda internación en mayo de 2017, con dilataciones esofágicas neumáticas, endoscopias e internación en la clínica Las Américas de la ciudad de Medellín, y compra de medicamentos. Por lo cual ordenó el reembolso de la suma de \$17'985.648, que resultó soportada con las facturas allí enunciadas.

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 apoderado de la Entidad Promotora de Salud Coomeva EPS S.A. interpuso recurso de apelación, solicitando se revoque el fallo emitido y se absuelva de la condena impuesta en el proceso jurisdiccional (Págs. 163 a 169 Archivo Expediente J -2017 – 2060 PDF).

4.2. Como sustento de su oposición, indicó que el fallo de la Delegada para la Función Jurisdiccional carece de congruencia y cohesión, por cuanto Coomeva EPS S.A. nunca fue notificada de la prestación de algún servicio a la usuaria, toda vez que la misma ingresó a la Clínica Las Américas como particular, y en conclusión, como lo dice la Delegada en su fallo “renunció a la cobertura de su entidad aseguradora”, no habiendo lugar para que el despacho hiciera premisas respecto a la renuncia a la cobertura e indicar posteriormente que la representada fuera responsable del aseguramiento y reembolso del que no fue notificada.

4.3. Señaló que la Clínica Las Américas, en el caso de urgencia de la usuaria señora Alba Luz García Berrio, debió notificar a Coomeva EPS S.A. dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia de la misma, lo cual no hizo, de modo tal que la accionada se enteró del procedimiento practicado a la demandante hasta el momento de ser notificada de la demanda, quedando de esta manera la petición de reembolso fuera de los términos legales exigidos por el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994, dentro de los 15 días siguientes al alta del paciente, hecho que no se dio.

5. Trámite de segunda instancia

5.1. Alegatos de conclusión

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.

III. CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. Problema jurídico.

Corresponde a la Sala establecer si:

- 1.1. ¿Hay lugar a condenar a la EPS a reembolsar los gastos en que incurrió su afiliada al sistema por la atención de urgencias que le fue prestada en la Clínica Las Américas de Medellín el día 26 de febrero de 2017, consistente en procedimiento de MIOTOMIA ESOFAGOGASTRICA VERTICAL + CIRUGÍA ANTIREFLUJO TIPO DOR, y demás servicios de salud conforme a su diagnóstico de ACALASIA, a pesar de no habersele notificado dentro de

las 24 horas siguientes a la ocurrencia de la urgencia por parte de IPS, conforme lo dispone el artículo 10 de la resolución 5261 de 1994?

2. Respuesta al problema jurídico.

2.1. La respuesta al interrogante es **positiva**. Fue acertada la decisión de la Superintendente Delegada, pues se verificó con prueba suficiente que Coomeva EPS S.A. no garantizó la accesibilidad, continuidad, oportunidad y la integralidad de la atención, exámenes diagnósticos e intervenciones quirúrgicas requeridas por la señora Alba Luz García Berrio, lo que conllevó a que su estado de salud se debilitara, a tal punto de sufrir imposibilidad para ingerir alimentos, deshidratación aguda y desnutrición aguda, obligándola, por tanto, a acceder a los servicios requeridos de manera particular, en aras de preservar su salud y su integridad física y funcional.

2.2. Los fundamentos de la tesis son los siguientes:

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”.

Fuera de lo anterior, la Corte Constitucional en sentencias T-594 de 2007 y T 650 de 2011, puntualizó que el vencimiento del plazo establecido en el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994 no puede ser entendido como un término prescriptivo, ya que el mismo se otorga para adelantar el trámite respectivo, pero su inobservancia jamás se equipara a la pérdida del derecho, ni exonera a la entidad de su pago; última decisión recordada que en lo que interesa al caso indicó:

“(…) De este modo, se resolverá de acuerdo a lo establecido en la sentencia T-594 de 2007, en donde se manifiesta que el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación que tiene Coomeva de reconocer a sus usuarios el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la entidad, razón por la cual el cumplimiento del mismo, no puede tener como consecuencia la pérdida del

derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le concurren. (...)”

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 era procedente reconocer el reembolso a la usuaria de la suma de dinero que resultó soportada con las facturas contenidas en los folios 43 al 74 consistentes en:

FACTURA DE VENTA/RECIBO DE CAJA MENOR	PRESTADOR-EMPRESA	CONCEPTO	VALOR
FACTURA N°258921 del 28 de febrero de 2017	CLÍNICA LAS AMERICAS	HONORARIOS DE ANESTESIA	\$1'232.000
FACTURA N°4600042	CLÍNICA LAS AMERICAS	ESTANCIA HOSPITALARIA, DERECHOS DE SALA, PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y DEMÁS SERVICIOS RELACIONADOS	\$8'108.038
RECIBO DE CAJA MENOR 01/03/2017	ADOLFO LEÓN URIBE MESA	HONORARIOS DE CIRUGÍA	\$4'000.000
FACTURA N°4647229	CLINICA LAS AMERICAS	HOSPITALIZACIÓN MEDICAMENTOS, MATERIAL MEDICO QUIRURGICO, + ENDOSCOPIA COMPARTIDA	\$4'533.010
CONSECUTIVO N°85975 del 1 de marzo de 2017	DROGUERÍA ESPECIFICA	POTENCIADOR 5GR X 20 AMO BEBIBLES	\$112.600
TOTAL			\$17'985.648

2.3.2. Pues bien, no es sujeto de controversia los siguientes supuestos fácticos: *i.* la señora Alba Luz García Berrio se encuentra afiliada a Coomeva EPS S.A.; *ii)* tampoco se discute que la accionante padeció de la enfermedad Acalasia Esofágica, y, por lo mismo, debió de realizarse los exámenes diagnósticos de Manometría Esofágica y posterior tratamiento quirúrgico ordenado por el médico especialista, denominado Miocardiotomía Esofágica + fundoaplicadura tipo Dor vía laparoscópica. Dilatación neumática esofágica por obstrucción completa esofágica durante el año 2016 y primer semestre de 2017. *iii)* En el asunto, igualmente, no es objeto de discusión que Alba Luz García Berrio asumió directamente el pago de:

ayudas diagnósticas, por concepto de honorarios anestesia, estancia hospitalaria y derechos de sala procedimientos quirúrgicos en la Clínica Las Américas, honorarios del cirujano, segunda internación en mayo de 2017, con dilataciones esofágicas neumáticas, endoscopias e internación en la clínica Las Américas de la ciudad de Medellín, y compra de medicamentos. Todo lo cual ascendió a la suma de \$17'985.648. Iv) Tampoco es objeto de controversia por el apelante, que se trataron de servicios médicos de urgencia. Así lo concluyó la primera instancia conforme al material probatorio, entre ellos el informe técnico rendido por el galeno adscrito a la Superintendencia.

En efecto, al interior del trámite se rindió concepto técnico científico (Págs. 141 a 142), por el Profesional Especializado adscrito a la Superintendencia Nacional de Salud Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, en el cual concluyó lo siguiente:

“...6. Las prestaciones de salud que motivaron la atención de la señora Alba Luz García Berrío en Clínica Las Américas en la ciudad de Medellín con internación el día 2 de febrero de 2017 y 5 de mayo de 2017 correspondieron a atención de urgencias.”

*“i) Ordenar a Coomeva EPS realizar el reconocimiento económico solicitado por la señora ALBA LUZ GARCÍA BERRIO, pretensión que soportó la demandante en debida forma con las facturas por ella aportadas por concepto de honorarios, anestesia, estancia hospitalaria y derechos de sala procedimientos quirúrgicos en Clínica Las Américas, honorarios cirujano cancelados al Dr. Adolfo León Villamil, segunda internación mayo 2017 con dilataciones esofágicas neumáticas, endoscopias e internación en Clínica Las Américas de la ciudad de Medellín. Y Compra de medicamentos en Droguería específica valores que en total suman \$17.985.648. ii) La EPS Coomeva no contestó demanda y evidencia NO garantizó a la señora Alba Luz García Berrío la prestación del servicio de salud Manometría Esofágica y posteriormente el tratamiento quirúrgico para la enfermedad Acalasia Esofágica ordenado por el médico especialista tratante... iii) Coomeva EPS según lo soportado en el Expediente J-2017-2060 vulneró el derecho fundamental a la salud de la señora Alba Luz García Berrío mediante **conducta de inoportunidad en su obligación de cumplir el aseguramiento en salud como preceptúa el artículo 14 de la Ley 1122 de 2005, no garantizar en los servicios de salud necesarios para tratar la***

enfermedad Acalasia Esofágica, los principios de integralidad y continuidad en los servicios de salud garantizando realizar el procedimiento diagnóstico Manometría Esofágica y los procedimientos quirúrgicos.... Garantizar efectivamente las prestaciones de salud, mantener red prestadora integrada de servicios de salud y representar al usuario ante la IPS. IV) Clínica Las Américas de Medellín incumplió realizar el trámite de autorizaciones para servicios de salud directamente ante la EPS Coomeva...”

Como no fue objeto de apelación que se tratara de servicios de urgencia que requería la accionante, no cabe duda que su costo debía correr por cuenta de la entidad prestadora de servicios de Salud a la cual estaba afiliada, como lo es Coomeva EPS, debiendo asumir el reembolso de estos gastos conforme a lo señalado por la Resolución 5261 de 1994, transcrita anteriormente. En este sentido resulta inane lo señalado por la parte apelante cuando indica que la IPS señaló que la demandante asumió los costos de manera particular, ni que correspondía a la IPS realizar el reporte de la prestación de estos servicios, puesto que no cabe duda que fue la demandante quien asumió su pago, encontrándose en uno de los eventos por los cuales es procedente el reembolso.

Asimismo, frente al plazo de 15 días que señala dicha norma, se indicó anteriormente que la Corte Constitucional ha establecido que ese término no es prescriptivo, razón por la cual, su fenecimiento no tiene la virtualidad de extinguir el derecho pretendido con esta acción.

Corolario de todo lo anterior, resulta apropiada la decisión de primer grado, en cuanto dispuso el reembolso de los gastos por servicios médicos en favor de la parte actora, puesto que los mismos se encontraban en cabeza de la EPS, motivo por la cual, no hay lugar a acoger los argumentos esgrimidos por Coomeva EPS S.A. en su escrito de apelación; debiéndose por tanto confirmar la sentencia impugnada.

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 Coomeva EPS S.A.

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-2019-001068 proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud el día 16 de agosto de 2019.

SEGUNDO: CONDENAR EN COSTAS a cargo de la parte apelante y en favor de la demandante. 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
el uso judicial

FABIO HERNÁN BASTIDAS VILLOTA

FABIO HERNÁN BASTIDAS VILLOTA

CARLOS ALBERTO CARREÑO RAGA

CARLOS ALBERTO CARREÑO RAGA

MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA
MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA

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