

**REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
SALA LABORAL**



SECRETARÍA

EDICTO

El Secretario de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Medellín:

HACE SABER:

Que se ha proferido sentencia en el proceso que a continuación se relaciona:

Radicación:	05001220500020220012201
Proceso:	Sumarios
Demandante:	CECILIA DEL CARMEN FLOREZ DE MESTRA
Demandado:	COOMEVA EPS
M. P.	MARIA PATRICIA YEPES GARCIA SL TSM
Fecha de fallo:	22 DE JULIO DE 2022
Decisión:	CONFIRMA

El presente edicto se fija por el término de un (01) día hábil, con fundamento en lo previsto en el artículo 41 del CPTSS, en concordancia con el artículo 40 *ibidem*. La notificación se entenderá surtida al vencimiento del término de fijación del edicto.

Se fija hoy 25 de julio de 2022 desde las 08:00 am. y se desfija a las 05:00 pm.

RUBÉN DARÍO LÓPEZ BURGOS
Secretario



REPÚBLICA DE COLOMBIA
SALA SEXTA DE DECISIÓN LABORAL

Medellín, veintidós (22) de julio de dos mil veintidós (2022)

DEMANDANTE	CECILIA DEL CARMEN FLÓREZ DE MESTRA
DEMANDADA	EPS COOMEVA S.A. EN LIQUIDACIÓN
ORIGEN	Superintendencia Nacional de Salud
RADICADO	05001 22 05 000 2022 00122 01
EXPEDIENTE SUPER SALUD	J-2018-2691
TEMAS	Reembolso de gastos médicos
ASUNTO	Sentencia de segunda instancia

En la fecha señalada, la Sala Sexta de decisión Laboral, integrada por los Magistrados ANA MARÍA ZAPATA PÉREZ, DIEGO FERNANDO SALAS RONDÓN y la Ponente MARÍA PATRICIA YEPES GARCÍA, al tenor de lo dispuesto en artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 se profiere sentencia escrita dentro del proceso sumario por CECILIA DEL CARMEN FLÓREZ DE MESTRA contra EPS COOMEVA EN LIQUIDACIÓN¹.

I. ANTECEDENTES².

Hechos y pretensiones de la demanda³

La señora Cecilia del Carmen Flórez de Mestra formula demanda contra EPS Coomeva Liquidada, pretendiendo el reconocimiento y pago de **i)** la suma de \$12’062.771 por concepto de gastos en que incurrió por concepto de cirugía de osteotomía de radio distal, osteosíntesis de radio distas e injerto óseo de radio distal; y **ii)** Intereses moratorios a partir de la fecha de reclamación a Coomeva y **iii)** Costas a cargo del demandado.

Fundamentó sus pretensiones en que el 28 de junio de 2017 sufrió una caída desde su propia altura que le ocasionó fractura de cúbito y radio de su mando derecha, y pese a que acudió a la Clínica Medellín para que le prestaran atención inicial de urgencias, esta le fue negada, por lo que fue remitida al Hospital Pablo Tobón Uribe donde fue atendida por médica ortopedista y traumatóloga, quien tras realizar un RX evidenció fractura articular

¹ En atención a que mediante Resolución N°2022320000000189-6 de 2022, se ordenó la liquidación de la EPS Coomeva S.A., designando como liquidador al señor Luis Felipe Negret Mosquera, el Despacho de la ponente dispuso poner en su conocimiento el presente proceso

² Los archivos contentivos del expediente y que se citan en el transcurso de esta providencia refieren a la nueva asignación y organización que realizó el Despacho de los documentos remitidos por la Superintendencia Nacional de Salud, y que están contenidos en la carpeta denominada 01Expediente00020220012201.

³ 01Demanda.pdf, págs 1/6.

de radio distal que requería manejo quirúrgico; le es dada de alta con indicaciones de trámite para la cirugía y tac para planteamiento quirúrgico en la EPS.

El 6 de agosto del mismo año le fue realizado tac de muñeca que arrojó fractura conminuta intraarticular de radio distal con luxación radio carpiana asociada; el 16 del mismo mes y año le fue asignada cita de consulta externa con ortopedista y traumatólogo de la IPS Clínica Bolivariana, Dr. Álvaro Villa Vélez, quien dispone retirar la férula, solicita muñequera doble y control de RX, y cita de control en dos semanas con ortopedia, pese a que ya estaba autorizada la orden de cirugía con vigencia de 90 días, esto es, hasta el 10 de noviembre de ese año.

El 18 de septiembre de 2017 con resultado de RX es evaluada nuevamente por el médico de consulta externa, quien decide iniciar terapia dirigida pese a las manifestaciones de intenso dolor de la paciente; luego el 28 de ese mes y año es revisada nuevamente por ortopedista y traumatólogo Dr. Andrés Arismendi Montoya -no refiere si es de la red prestadora de servicios de la EPS o si es particular-, quien determina que la paciente tiene una mala unión de fractura distal dolorosa, que requiere osteotomía con injerto óseo y fijación de placa bloqueada de radio distal, a pesar de tal diagnóstico el Dr. Álvaro Villa Vélez decide que el tratamiento no es quirúrgico y ordena cita de control en 3 meses con ortopedia.

El 20 de octubre de 2017, la actora consultó con médico particular en la Clínica de las Américas, especialista en ortopedia y traumatología, quien ordenó RX de control, exámenes de laboratorio y le programa cirugía de artrodesis vs osteosíntesis de radio distal, por encontrar una mala unión de radio distal, lo que generaba tanto dolor e incapacidad de movilización a la señora Flores de Mestra.

Así toda vez que Eps Coomeva presentaba convenio con la Clínica de las Américas el 20 de noviembre de 2017 solicitó a través de petición dirigida a correo electrónico, autorización para que el médico de esta clínica realizara el procedimiento, así como la autorización de nuevos exámenes, de la cual no obtuvo respuesta, por lo cual se sometió de forma particular al referido procedimiento, la cual se llevó a cabo el 2 de diciembre del mismo año, el cual ascendió a \$12'062.771, discriminados así:

- \$7'776.522 por derechos de sala de cirugía, der recuperación, uso de equipos, instrumentadora, medicamentos, material médico quirúrgico.
- \$1'372.800 honorarios por anestesia
- \$2'500.000 honorarios del ortopedista
- \$75.100 exámenes médicos
- \$135.349 medicamentos
- \$100.000 consulta con médico ortopedista
- \$103.000 consulta con médico anesthesiologo

El 22 de febrero de 2018 solicitó ante EPS Coomeva el reembolso de gastos médicos, anexando las respectivas facturas, gastos e historia clínica, la cual fue negada el 18 de abril del mismo año, bajo el argumento que la EPS no ha negado los servicios, aunque de manera telefónica le indicaron que la solicitud estaba siendo validada por área de auditoría médica, y además que la solicitud debió realizarse dentro de los 15 días siguientes al alta

del paciente o del día de prestación del servicio, y que no se allegaron todos los documentos requeridos.

Oposición a las pretensiones de la demanda

EPS COOMEVA⁴ se opuso al reconocimiento económico deprecado con la presente demanda argumentando para ello en síntesis que, en la evaluación del caso por el área de auditoría médica, arrojó que la solicitud de reembolso de gastos médicos no cumple con 2 de los requisitos de la Resolución 5261 de 1994, esto es, fue radicada de forma extemporánea por la actora, el 18 de abril de 2018, y además no presentó la documentación completa; además de ello, la EPS Coomeva autorizó y garantizó a la usuaria, todos los exámenes, medicamentos, procedimientos y demás servicios requeridos, no solo para el evento del que trata el presente caso, sino para todo lo que a lo largo de su afiliación a requerido. Excepcionó: Cobro de lo no debido y la que llamó “genérica”

Sentencia⁵

El 12 de noviembre de 2020 fue proferida sentencia por la Superintendencia Nacional de Salud denegando las pretensiones formuladas por la parte demandante.

Tras realizar un recuento del caso concreto, refiere que si bien el ortopedista de la red de prestadores de Coomeva EPS. Dr. Álvaro Villa Vélez quien venía atendiendo a la paciente en la Clínica Bolivariana, ordenó tratamiento médico ortopédico distinto a los otros ortopedistas que valoraron a la demandante, según explica la profesional de medicina adscrita al despacho, la diferencia en juicios clínicos por parte de profesionales de la medicina, que conllevan a planes de manejo diferentes a un mismo caso, no implica falla en la calidad de atención, ni negligencia médica, pues cada profesional es autónomo en su ejercicio y según la anamnesis, los hallazgos en el examen físico, evaluación de exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas y demás pruebas complementarias, cada profesional determina un tratamiento a seguir según su experticia. Máxime que aun cuando la demandante afirma que insistió a la EPS para que le dieran un segundo concepto médico, de ello no obra prueba en el plenario, por el contrario, se observa petición del 20 de noviembre de 2017 contando la EPS con 15 días hábiles para otorgar respuesta, esto es 12 de diciembre de 2017, no obstante, esta decide realizarse la cirugía el 2 de diciembre del mismo año, antes de que culminara el plazo para otorgar respuesta, lo cual sucedió el 6 de diciembre indicándole que su solicitud está siendo validada por el Área de Auditoría Médica y Gestión de la Oferta.

De tal manera, visto que las atenciones de salud del caso corresponden a atención programada de salud, y no a atención de urgencias, la actora podía esperar respuesta de fondo de su caso, sin apresurarse a realizarse de forma particular la cirugía antes del vencimiento del término de la EPS para contestar su petición. Además, es el médico tratante el idóneo para proveer las recomendaciones médicas que requiere el paciente,

⁴ 04ConstestacionCoomeva.pdf

⁵ 08SentenciaYNotificaciones.pdf

por lo que al no evidenciar que la demandante solicitó a Coomeva EPS, una segunda opinión para el tratamiento de su patología, no puede concluirse que la EPS debía desestimar el criterio del ortopedista Álvaro Villa Vélez, por lo que no se evidencia incapacidad, negativa injustificada o negligencia demostrada por parte de Coomeva EPS, que constituya razón suficiente para procurar el procedimiento quirúrgico y demás servicios pretendidos en reembolso, pues los servicios fueron requeridos ante prestador de manera particular, sin consultar y/o acudir de forma oportuna a la red de prestadores de la EPS; tampoco se evidencia en el plenario requerimiento alguno de la demandante ante la EPS acerca de las irregularidades e inconsistencias en la prestación de los servicios brindados por los médicos de la red, anteriores a la solicitud del 20 de noviembre de 2017.

Recurso de apelación⁶

Inconforme con lo decidido, la demandante solicitó revocar el fallo de instancia, argumentando que se evidencia una inobservancia del material probatorio allegado al proceso, puesto que de éste si se evidencia que se radicó petición por la demandante solicitando la autorización del procedimiento médico ordenado por el médico de la Clínica de las Américas, además reposa copia del correo electrónico del 30 de mayo de 2018, donde la EPS Coomeva manifiesta que en la fecha 6 de diciembre de 2017 dio una respuesta definitiva a la petición, lo cual evidencia no solo la reclamación elevada, sino la falta de cuidado al emitir la decisión que se recurre, máxime que la entidad el 20 de mayo de 2018 remite nueva respuesta indicando que todavía se encontraba en proceso de validación por el área de auditoría médica, esto es 5 meses después de que la señora Cecilia del Carmen se hubiera realizado la cirugía. Ahora bien aun cuando los criterios médicos deben respetarse, es claro que el médico que le estaba suministrando la EPS a través de la Clínica Bolivariana no era el idóneo, pues el constante dolor e incapacidad para realizar sus actividades diarias, estaba llevando a la demandante a una discapacidad, además de la edad que tenía para tal fecha, y sin valorar que el realizarse dicha cirugía concluyó en su bienestar y el mejoramiento del dolor, lo que prueba que el tratamiento quirúrgico era acertado y el obrar negligente del médico tratante de EPS Coomeva.

Alegatos de conclusión en segunda instancia

Otorgado el término para alegar de conclusión en esta sede, ambas partes se abstuvieron de recorrerlo.

II. SON CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL

La competencia de la Sala está dada por los artículos 57 de la Ley 2ª de 1984 y 10 y 35 de la Ley 712 de 2001 que modificaron los artículos 15 y 66 A del CPTSS respectivamente, así como lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, y la Ley 1438 de 2001, en concordancia con la Sentencia C 119 de 2008.

⁶ 09RecursoDemandante.pdf

Examinados los hechos y pretensiones de la demanda, así como la oposición formulada por la demandada, y los argumentos de la decisión de instancia, interpreta la Sala, que el **problema jurídico** a resolver se circunscribe a determinar: **a)** la viabilidad de disponer el reembolso de gastos médicos deprecados por la activa, junto con los intereses moratorios y costas del proceso.

Hechos relevantes probados documentalmente:

- Cecilia del Carmen Flórez De Mestra nació el 26 de julio de 1947⁷.
- El 28 de junio de 2017 ingresó a Urgencias de la Clínica de Medellín por presentar caída accidental desde su altura, con tx en antebrazo derecho y se direcciona a menor nivel de complejidad⁸.
- En la misma fecha ingresó por servicio de urgencias al Hospital Pablo Tobón Uribe⁹, y fue diagnosticada con Fractura de la Diafisis del Radio, contusión del tórax, tras recibir tratamiento es dada de alta con orden de cirugía ambulatoria RAfi Fx segmento distal de cúbito o radio- colles, otros.
- Autorización de servicios de salud de la demandante de consulta externa en la IPS Clínica Bolivariana fechado el 1° de agosto de 2017, para osteosíntesis de fractura Radio-distal Colles, médico ayudante quirúrgico, especialistas en anestesiología, materiales de sutura, curación, oxígeno y otros, y derechos de sala¹⁰.
- Consulta externa del 16 de agosto de 2017 en la Clínica Universitaria Bolivariana, donde el Dr. Álvaro Villa Vélez confirma diagnóstico de Fractura de la Epifisis Inferior del Radio y como plan dispone evaluar con módulo de mano, solicita muñequera doble y control RX.¹¹
- Consulta externa del 18 de septiembre de 2017 en la Clínica Universitaria Bolivariana, donde el Dr. Álvaro Villa Vélez concluye que el procedimiento no es quirúrgico, y dispone terapia física integral SODfx de radio distal¹².
- Radiografía de muñeca del 6 de septiembre de 2017 cuyo hallazgo es de “*fractura impactada de la metáfisis distal del radio con angulación volar. No descarto extensión intraarticular. Se sugiere caracterizar con tomografía. Se debe correlacional con el tiempo, lo es estudios previos y con el criterio del médico tratante para definir la evolución del proceso. Disminución de la densidad mineral ósea. No se observan lesiones focales líticas o blásticas (...)*”¹³.

⁷ 01Demanda.pdf pág 75. No se allegó registro civil de nacimiento, pero obra cédula de ciudadanía que da cuenta de dicha fecha la cual no fue discutida por la pasiva

⁸ 01Demanda.pdf pág 10

⁹ 01Demanda.pdf págs. 12/17

¹⁰ 01Demanda.pdf págs. 20

¹¹ 01Demanda.pdf págs. 21/26

¹² 01Demanda.pdf págs. 27/28

¹³ 01Demanda.pdf págs. 29

- Consulta de ortopedia fechada el 28 de septiembre de 2017, donde se señala como enfermedad actual *“paciente con una malunión de fractura de radio distal dolorosa que requiere de osteotomía con injerto óseo y fijación con sistema de placa bloqueada de radio distal”*, suscrita por el Dr. Andrés Arismendi Montoya.¹⁴
- Radiografía de muñeca derecha realizada el 1° de noviembre de 2017 que concluye en “edema de tejidos blandos. LA densidad ósea está disminuida. No se observan lesiones líticas ni blásticas. Se identifica fractura impactada del tercio distal del radio con angulación dorsal. No se aprecian cambios significativos al comparar con radiografía de septiembre de 2017”¹⁵.
- Consulta externa del 29 de noviembre de 2017 en la Clínica Universitaria Bolivariana, donde el Dr. Álvaro Villa Vélez concluye como pendiente realizar terapias físicas ordenadas, cita con RX, y reitera que el procedimiento no es quirúrgico, y dispone nueva cita de control o de seguimiento por medicina especializada en 3 meses con ortopedia¹⁶.
- Consulta particular con médico de Ortopedia y Traumatología, Dr Fabio Andrés Tandioy Delgado el 20 de octubre de 2017, donde advierte fx de radio distan en mala unión y dispone como plan de seguimiento procedimiento quirúrgico¹⁷.
- Descripción operatoria fechada del 2 de diciembre de 2017 denominada artroscopia muñeca, injerto óseo -osteotomía mano, realizada por el Cirujano Favio Tandioy Munera y la prescripción de medicamentos-¹⁸.
- Petición del 20 de noviembre de 2017 dirigida a Coomeva EPS solicitando se autorice cirugía de radio distal, para la Clínica Las Américas de Medellín, con el fin de que el Ortopedista Favio Andrés Tandioy Delgado se realice el procedimiento, y autorice citas de revisión, exámenes de laboratorio y radiología¹⁹. La cual fue remitida mediante al correo electrónico atentossalud@coomeva.com.co²⁰.
- El 6 de diciembre de 2017²¹, la demanda da respuesta a la petición bajo caso 4035415 en la que refieren que su solicitud está siendo validada por el área Auditoria Médica y Gestión de la Oferta, con el fin de realizar el trámite donde se verifican requisitos para su aprobación y/o negación acorde a la normatividad vigente para la cotización y cargue del prestador.
- Solicitud de reembolso fechada el 13 de febrero de 2018²² mediante la cual la demandante a través de apoderada judicial pretende el reembolso de gastos médicos por cirugía por valor de \$14'702.249, la cual fue remitida por correo certificado y recibida por

¹⁴ 01Demanda.pdf págs. 30

¹⁵ 01Demanda.pdf págs. 34

¹⁶ 01Demanda.pdf págs. 35/38

¹⁷ 01Demanda.pdf págs. 39/41

¹⁸ 01Demanda.pdf págs. 42/44

¹⁹ 01Demanda.pdf págs. 49/51

²⁰ 01Demanda.pdf págs. 52

²¹ 01Demanda.pdf págs. 53

²² 01Demanda.pdf págs. 54/57

la entidad el 22 de febrero del mismo año²³, la cual fue negada el 18 de abril de 2018 aduciendo que conforme a la documental aportada la solicitud corresponde a servicios que no fueron negados por Coomeva EPS²⁴, por lo cual no se demuestra incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada por la entidad; refiere además que la solicitud de reembolso debe hacerse en los primeros 15 días siguientes al alta del paciente o del día de la prestación del servicio, y será tramitada en los 30 días siguientes a su presentación, conforme el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, por lo que los documentos entregados con la petición devienen extemporáneos; y además no anexó todos los documentos enunciados como la descripción operatoria, certificación bancaria, cuenta de cobro elaborada por la cotizante, fotocopia de cédula de la paciente.

- Factura de venta N°4762178 de diciembre de 2017 expedida por Promotora Médica las Américas por valor de \$7'776.522²⁵, por concepto de derecho de sala cirugía, recuperación, uso de equipos, instrumentadora, medicamentos y material médico²⁶, valor que fue pagado en un 100% por la demandante como consta con certificación expedida el 10 de septiembre de 2018²⁷.

- Recibo de caja N°41255 elaborado por la Clínica las Américas a la demandante el 2 de diciembre de 2017, por concepto de honorarios de anestesia por valor de \$1'372.800²⁸.

- Factura de venta N°501 del 22 de enero de 2018 expedida por el Dr. Fabio Andrés Tandioy Delgado a la demandante por concepto de honorarios por tratamiento quirúrgico, por la suma de \$2'500.000²⁹.

- Factura de venta N°LCV 29618 expedida por Laboratorio Clínico Vid a la demandante el 10 de noviembre de 2017³⁰ por valor de \$75.100.

- Factura de Venta N°0502 del 22 de enero de 2018 expedida por el Dr. Fabio Andrés Tandioy Delgado a la demandante por concepto de consulta médica por valor de \$100.000³¹.

- Factura de Venta N°41178 del 30 de noviembre de 2017 expedida por la Clínica de las Américas a la demandante por concepto de consulta por valor de \$103.000³².

Pues bien, con la finalidad de determinar la viabilidad del reembolso de gastos médicos ha de tenerse en cuenta las siguientes premisas normativas:

²³ 01Demanda.pdf págs. 60/61

²⁴ 01Demanda.pdf págs. 73/74

²⁵ 01Demanda.pdf págs. 60/61

²⁶ 01Demanda.pdf págs. 63/64

²⁷ 01Demanda.pdf págs. 65

²⁸ 01Demanda.pdf págs. 66/67

²⁹ 01Demanda.pdf págs. 68

³⁰ 01Demanda.pdf págs. 69

³¹ 01Demanda.pdf págs. 71

³² 01Demanda.pdf págs. 72

De conformidad con lo dispuesto en el artículo **41 de la ley 1122 de 2007**, modificado por el **artículo 6 de la Ley 1949 de 2019**, la Superintendencia Nacional de Salud tiene competencia para conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con facultades propias de un juez, para los siguientes casos específicos:

“a) Cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (plan obligatorio de salud), cuando su negativa por parte de las Entidades Promotoras de Salud o entidades que se les asimilen ponga en riesgo o amenace la salud del usuario, consultando la Constitución Política y las normas que regulen la materia.

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.

c) Conflictos derivados de la multifiliación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de este con los regímenes exceptuados.

d) Conflictos relacionados con la libre elección de entidades aseguradoras, con la libre elección de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud dentro de la red conformada por la entidad aseguradora; y conflictos relacionados con la movilidad dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud

e) Conflictos entre las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios y/o entidades que se le asimilen y sus usuarios por la garantía de la prestación de los servicios y tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, con excepción de aquellos expresamente excluidos de la financiación con recursos públicos asignados a la salud .

f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.” (negritas fuera de texto)

En virtud de lo anterior, es menester distinguir entre la atención inicial de urgencias y la atención que es requerida de forma urgente y prioritaria en aras de preservar la vida y evitar consecuencias adversas, críticas, permanentes o futuras del estado de salud de una persona. En tal sentido, para la atención inicial de urgencias, la Ley 1122 del 2007 prevé que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantiza a todos los colombianos la atención inicial de urgencias en cualquier IPS del país, y en virtud de ello, el artículo 168 de la ley 100 de 1993 consagra que *“La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientes 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, en los casos*

previstos en el art. Anterior, o por la entidad promotora de salud al cual este afiliado, en cualquier otro evento”.

Y de otro lado, sobre la atención de urgencias, dispone la **Resolución Nro 2292 de 2021**, por medio de la cual se actualiza íntegramente el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, lo siguiente:

“Atención de urgencias: conjunto de procesos, procedimientos y actividades, a través de los cuales, se materializa la prestación de servicios de salud, frente a las alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de una persona y que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras.”.

(subrayas fuera de texto)

Ahora, la **Resolución 5261 de 1994**, “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”, prevé en su Artículo 14 el procedimiento para el reconocimiento de reembolsos a los afiliados al Sistema en una EPS cualquiera, en los casos de servicios prestados por instituciones no integrantes de la red de prestadores de dicha EPS, que señala lo siguiente:

“ART. 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 IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS 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.” (Subraya el Despacho)

De la lectura anterior se concluye que son tres los casos en que es viable el reembolso de gastos médicos así:

- a) cuando se dé una atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS;
- b), cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica; y
- c) en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad promotora de salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Advertido lo anterior y descendiendo al sub examine se encuentra que la demandante sustenta que los servicios, de los que pretende su recobro, obedecieron a la urgencia de su atención, toda vez que, la atención brindada por la EPS a través del médico tratante de la Clínica Universitaria Bolivariana no era la adecuada, debido a los constantes dolores que la aquejaban e incapacidad que ello le generaba para realizar sus actividades diarias, que estaban llevándola a ser una persona discapacitada, más cuando tenía una edad considerable para el momento del accidente, razón por la que debido a la negligencia del actuar del médico, tuvo que acudir de manera particular a la Clínica las Américas a partir del 20 de octubre de 2017.

En oposición a lo anterior, esboza la entidad demandada para negar lo pretendido, que a la demandante nunca le fueron negados los servicios médicos, quien además nunca solicitó un segundo concepto médico al que tenía derecho, sin manifestar inconformidad con el servicio prestado, de manera que al existir diferencia en los tratamientos a emplear para un mismo caso por parte de dos médicos distintos no implica per se la negligencia en el servicio.

De tal forma, según los apartes de la historia clínica de la demandante, se tiene que tuvo caída accidental el 28 de junio de 2017, por la cual acudió a servicio de urgencias, más el procedimiento por el cual se pretende el reembolso derivado de dicho suceso, no se enmarca dentro de una atención inicial de urgencias.

Tampoco considera esta Sala de Decisión que se enmarque como una atención de urgencia, pues de la historia clínica aportada se desprende que si bien la médica ortopedista encargada de la atención inicial de urgencias en el Hospital Pablo Tobón Uribe dispuso como instrucción la cirugía ambulatoria (pág14), el médico tratante adscrito a la red de prestadores de servicio de la EPS Coomeva señaló, en reiteradas ocasiones su procedimiento como *no quirúrgico (págs. 27)*, prescribiendo distintos tratamientos para el manejo de su diagnóstico, de ahí que no se evidencie que su diagnóstico y padecimientos implicaran en los términos expuestos por la normatividad citada anteriormente, *alteraciones de la integridad física, funcional o psíquica por cualquier causa y con diversos grados de severidad, que comprometieran la vida de la demandante o su funcionalidad, que requieren de atención inmediata, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas, presentes o futuras*, o por lo menos de ello no obra prueba en el plenario.

De tal manera, es claro para la sala que no se configura la primera causal, y mucho menos la segunda pues atendiendo a los hechos formulados en la demanda se parte de que nunca ha existido autorización de la EPS para la práctica del procedimiento quirúrgico recobrado, antes bien, lo pretendido en la demanda encuentra apoyo fáctico en torno a la tercera de las causales, esto es, en endilgar a la EPS negligencia en la realización del procedimiento requerido, para lo cual nos remitiremos a la documental allegada al plenario y que fue citada anteriormente.

Se tiene que la demandante fue atendida por médico de ortopedia y traumatología de la Clínica Universitaria de la Pontificia Bolivariana como prestadora de servicios de salud de Coomeva EPS, en distintas fechas a saber, 16 de agosto, 18 de septiembre y 29 de

noviembre de 2017, en las que el médico remitió para el manejo y control de su diagnóstico radiografías, revisión con especialista, terapias físicas integrales, entre otros.

El 20 de octubre de 2017 la demandante acudió particularmente a consulta por médico de ortopedia y traumatología, Dr. Fabio Andrés Tandioy Delgado, quien señala encuentra fractura de radio distal en mala unión y que el plan de manejo es la programación de la cirugía, la cual fue llevada a cabo el 2 de diciembre de 2017 bajo nombre de *artroscopia muñeca injerto óseo- osteotomía mano*.

Así, aun cuando su consulta por médico particular fue el 20 de octubre de 2017, solo radicó la solicitud de autorización de cirugía, el 20 de noviembre de 2017³³, recibiendo una comunicación por parte de la EPS, el 6 de diciembre del mismo año³⁴, indicando que su caso está siendo validado por el área Auditoria Médica y Gestión de la Oferta, con el fin de realizar el trámite donde se verifican requisitos para su aprobación y/o negación acorde a la normatividad vigente para la cotización y cargue del prestador, pese a ello, la demandante ya se había realizado la multicitada cirugía 4 días antes.

En este punto, es menester señalar que el concepto o diagnóstico del médico externo a la EPS, no siempre tiene carácter vinculante, según lo establecido entre otras en la sentencia **T 235 de 2018** que se cita a continuación:

2. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional, un servicio médico requerido por un usuario, esté o no incluido en el PBS, debe en principio ser ordenado por un médico adscrito a la EPS, como quiera que es la “persona capacitada, con criterio científico y que conoce al paciente”.³⁵ También ha dicho que si bien el criterio principal para definir cuáles servicios requiere un paciente es el del médico tratante adscrito a la EPS, éste no es exclusivo, en tanto el concepto de un médico particular puede llegar a vincular a la intermediaria de salud respectiva³⁶.

*3. En este orden de ideas, para que proceda esa excepción se requiere, como regla general, que exista un **principio de razón suficiente** para que el paciente haya decidido no acudir a la red de servicios de la entidad a la que se encuentre afiliado. Como se ha dicho, esta es una obligación elemental de los usuarios del sistema, que tiende a asegurar su operatividad, que se vería gravemente alterada, si las personas pudiesen optar libremente por dirigirse a médicos que no se encuentren adscritos a la entidad responsable de atender sus requerimientos de salud.*

*Concretamente, en la Sentencia **T-760 de 2008**³⁷, se puntualizó los eventos en los cuales el criterio de un médico externo es vinculante a la EPS. En síntesis, la providencia dejó en claro que el concepto de un médico particular obliga si:*

- (i) La entidad conoce la historia clínica particular de la persona y, al tener noticia de la opinión emitida por un médico ajeno a su red de servicios, no la descarta con base en información científica;*

³³ 01Demanda.pdf págs. 49/51

³⁴ 01Demanda.pdf págs. 53

³⁵ Cfr. Sentencias T-760 de 2008 (M.P. Manuel José Cepeda Espinosa), apartado 4.4.2., y en Sentencia T-320 de 2009 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio), en esta última, respecto del concepto del médico tratante señaló: “[c]omo se indica, el servicio que se requiere puede estar o no dentro del plan obligatorio de salud. En ambos supuestos, la jurisprudencia constitucional ha estimado que ello debe ser decidido por el médico tratante, al ser la persona capacitada, con criterio científico y que conoce al paciente. Según la Corte, el médico tratante es aquel que se encuentra adscrito a la entidad encargada de la prestación; por ende, en principio, se ha negado el amparo cuando no se cuenta con su concepto.”

³⁶ Cfr. T-025 de 2013 (M.P. María Victoria Calle)

³⁷ Ídem.

- (ii) Los médicos adscritos valoraron inadecuadamente a la persona que requiere el servicio;
- (iii) El paciente ni siquiera ha sido sometido a la valoración de los especialistas que sí están adscritos a la entidad de salud en cuestión;
- (iv) La entidad ha valorado y aceptado los conceptos de médicos no inscritos como “tratante”, incluso en entidades de salud prepagadas, regidas por contratos privados.³⁸

En tales casos, el concepto médico externo vincula a la entidad prestadora del servicio, obligándola a confirmarlo, descartarlo o modificarlo, con base en consideraciones suficientes, razonables y científicas, adoptadas en el contexto del caso concreto³⁹. Tal resultado también puede darse como resultado del concepto de uno o varios médicos adscritos a la EPS.

4. Así, la Corte ha determinado que se viola el derecho a la salud cuando se niega un servicio médico sólo bajo el argumento de que lo prescribió un médico externo, a pesar de que:

- (i) Existe un concepto de un médico particular;
- (ii) Es un profesional reconocido que hace parte del Sistema de Salud;
- (iii) La entidad no ha desvirtuado dicho concepto, con base en razones científicas. Por ello debe estudiarse cada caso específico, momento en el cual el juez de tutela debe someter a evaluación profesional dicho concepto a fin de establecer su pertinencia desvirtuándolo, modificándolo o corroborándolo.

Estas reglas jurisprudenciales han sido aplicadas por esta Corporación en múltiples oportunidades. Por ejemplo, en las Sentencias **T-435 de 2010**,⁴⁰ **T-178 de 2011**,⁴¹ **T-872 de 2011**⁴², **T-025 de 2013**⁴³, **T-374 de 2013**⁴⁴ y **T-686 de 2013**⁴⁵, **T-637 de 2017**⁴⁶, **T-742 de 2017**⁴⁷, las entidades encargadas de prestar los servicios de salud a los actores les negaron determinados procedimientos médicos, (exámenes diagnósticos, medicamentos, tratamientos, procedimientos, entre otros) con el argumento de que no habían sido ordenados por un profesional adscrito a la entidad. La Corte, en todos ellos, reiteró las reglas arriba mencionadas y como consecuencia tuteló los derechos fundamentales a la salud y la vida digna de los interesados.

De lo que viene de decirse, y en aplicación de las reglas de la sana crítica, la libre formación del convencimiento y la valoración probatoria de que trata el artículo 61 del CPTSS, el funcionario judicial tiene la facultad de libre apreciación y ponderación probatoria y con base en ello, inclinarse por los medios demostrativos que le merecen mayor persuasión o credibilidad, que le permiten hallar la verdad real, siempre y cuando

³⁸ Cfr. T-1138 de 2005 M.P. Rodrigo Escobar Gil y T-662 de 2006 M.P. Rodrigo Escobar Gil entre otras.

³⁹ En la Sentencia T-500 de 2007 M.P. Manuel José Cepeda Espinosa, por ejemplo la Corte consideró que el concepto emitido por un médico contratado por la accionante, según el cual era necesario practicar un examen diagnóstico (biopsia) para determinar la causa del malestar que sufría la persona (un brote crónico que padece en la frente que le generaba “una picazón desesperante”), obligaba a la E.P.S., que había considerado la patología en cuestión como de “carácter estético” sin que hubiera ofrecido argumentos técnicos que fundamentaran dicha consideración, a evaluar la situación de la paciente adecuadamente, “(i) asignando un médico que tenga conocimiento especializado en este tipo de patologías y (ii) realizando los exámenes diagnósticos que éste eventualmente llegare a considerar necesarios”.

⁴⁰ M.P. Luís Ernesto Vargas Silva.

⁴¹ M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁴² M.P. Luis Guillermo Guerrero.

⁴³ M.P. María Victoria Calle Correa

⁴⁴ M.P. Jorge Iván Palacio Palacio.

⁴⁵ M.P. Luís Ernesto Vargas Silva.

⁴⁶ M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado

⁴⁷ M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado

las inferencias sean lógicas y razonables. (Ver sentencias CSJ SL2049-2018 y CSJ SL1469-2021)

Y con ello, esta Sala de Decisión concluye que no se configuró actuar negligente por parte de la EPS demandada, por las siguientes razones: **i)** la EPS prestó constantemente los servicios en salud que a la actora le asistía, no siendo necesario en concepto del médico tratante, la realización de procedimiento quirúrgico, disponiendo en su beneficio otro tipo de tratamientos; **ii)** La activa no acreditó haber manifestado inconformidad con el tratamiento médico dispuesto, ni la solicitud de un segundo concepto médico; **iii)** la actora no dio oportunidad a la entidad de pronunciarse respecto a la solicitud de autorización de servicios quirúrgicos emitido por el médico particular, indistintamente que su respuesta posterior hubiese sido negativa o favorable, en tanto comunicó a su EPS el plan de manejo remitido por el médico particular, **solo hasta un mes después de la referida consulta**, sometiéndose al procedimiento quirúrgico 12 días después, estando todavía la EPS dentro de un término prudente, dadas las circunstancias fácticas que rodean el caso, de emitir un pronunciamiento, máxime que ello requería de validación por el área Auditoría Médica y Gestión de la Oferta; **iv)** tampoco probó la demandante la condición de discapacidad a la que aduce estaba viéndose avocada por su padecimiento como lo refiere en el escrito de demanda y de apelación; y finalmente, **v)** no se evidencia un principio de razón suficiente para que la demandante haya acudido a realizarse el procedimiento particularmente previo a la decisión del área de Auditoría Médica, ni se logró acreditar una valoración inadecuada por parte del médico tratante, punto en el que cabe resaltar, el concepto emitido por la profesional de la medicina integrante del grupo de apoyo especializado a la labor hermenéutica de la entidad, que fue citado en la sentencia recurrida, en torno a que la diferencia en juicios clínicos por parte de profesionales de la medicina, que derivan en planes de manejo diferentes a un mismo caso, no implica falla en la calidad de atención, ni negligencia médica, pues cada profesional es autónomo en su ejercicio de determinar un tratamiento específico.

Por las razones expuestas al no haberse configurado las causales previstas en la Resolución 5261 de 1994 para la viabilidad del reembolso de gastos médicos, procedente es **confirmar** la sentencia apelada.

III. EXCEPCIONES

Las excepciones formuladas por la pasiva, las cuales quedan implícitamente resueltas.

IV. COSTAS

Costas en esta instancia a cargo de la demandante por haber resultado vencida en su recurso. Se fijan agencias en derecho en el equivalente a \$100.000, y en favor de la demandada.

V. DECISIÓN DEL TRIBUNAL

En mérito de lo expuesto, la Sala Sexta 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: CONFIRMAR la sentencia de naturaleza y fecha conocidas, emitida por la Superintendencia Nacional de Salud en proceso incoado por la señora CECILIA DEL CARMEN FLOREZ DE MESTRA contra COOMEVA EPS LIQUIDADA, por lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: Costas en esta instancia a cargo de la demandante. Agencias en derecho en el equivalente a \$100.000 y en favor de la demandada.

Notifíquese lo decidido por edicto.

Devuélvase el expediente a la Superintendencia Nacional de Salud, superintendente delegado para la función jurisdiccional y de conciliación, para lo de su competencia.

Los Magistrados,



MARIA PATRICIA YEPES GARCIA

ANA MARÍA ZAPATA PÉREZ
En ausencia justificada



DIEGO FERNANDO SALAS RONDÓN