



La salud  
es de todos

Minsalud



# DECISIONES PROCESOS JURISDICCIONALES

ENTREGA BOLETÍN PRIMER SEMESTRE 2021

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD  
DELEGADA FUNCIÓN JURISDICCIONAL

Supersalud 

# Tabla de contenido

<b>1. GRUPO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS.....</b>	<b>7</b>
1.1. SUPERSALUD REITERA LOS REQUISITOS PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE INCAPACIDADES EN FAVOR DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES .....	7
<b>2. GRUPO DE GLOSAS, RECOBROS Y COBERTURA .....</b>	<b>10</b>
2.1. SUPERSALUD ORDENA A EPS GARANTIZAR LA PRÁCTICA DE PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS DE NATURALEZA RECONSTRUCTIVA Y FUNCIONAL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19) .....	10
2.2. SUPERSALUD RECUERDA LOS LÍMITES DEL DERECHO DE LIBRE ESCOGENCIA DE IPS POR PARTE DE LOS USUARIOS .....	13
2.3. SUPERSALUD REITERA EL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN DE LOS RECOBROS DE SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO, ORDENADOS EN FALLOS DE TUTELA Y/O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO ANTE EL ADRES.....	15
<b>3. GRUPO DE REEMBOLSOS Y AFILIACIONES .....</b>	<b>18</b>
3.1. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR INTERUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.....	18
3.2. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR CONCEPTO DE TRANSPORTE INTERMUNICIPAL Y ALIMENTACIÓN DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTES .....	21
3.3. SUPERSALUD REITERA EL PAPEL DE LA EPS COMO SUJETO ACTIVO DENTRO DEL SGSSS Y NO COMO SIMPLE INTERMEDIARIO.....	27
3.4. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR CONCEPTO DE TRANSPORTE, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN DE PACIENTES DE LA TERCERA EDAD CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.....	30
3.5. SUPERSALUD REITERA LOS REQUISITOS PARA QUE PROCEDA EL REEMBOLSO DE GASTOS POR CONCEPTO DE TRANSPORTE, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN DE PACIENTES DE LA TERCERA EDAD .....	37
3.6. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE LAS EXCEPCIONES PREVISTAS FRENTE AL DEBER DE ASUMIR EL COSTO DE LOS PAGOS MODERADORES POR PARTE DE LOS USUARIOS .....	41

- 3.7. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR CONCEPTO DE TRANSPORTE, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN EN CASO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS NO URGENTES .....45
- 3.8. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR PROCEDIMIENTOS PRACTICADOS SIN CONOCIMIENTO Y EN IPS AJENAS A LA RED DE PRESTADORES DE LA EPS, BAJO LA EXISTENCIA DE PLAN DE MEDICINA PREPAGADA  
48

# 1. GRUPO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

## 1.1. SUPERSALUD REITERA LOS REQUISITOS PARA EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE INCAPACIDADES EN FAVOR DE TRABAJADORES INDEPENDIENTES

SENTENCIA S-2018-000268  
PROCESO J-2016-2267

Haciendo uso de la jurisdicción constitucional, el demandante actuando en nombre propio como trabajador independiente asociado a una Cooperativa de Servicios, interpuso acción de tutela en contra de la EPS a la que se encontraba afiliado, con el fin de que se le ordenara el reconocimiento y pago de dos incapacidades otorgadas a su favor.

Empero, el Juzgado de conocimiento resolvió declarar improcedente la acción por contarse con otro medio de defensa judicial, remitiendo copia del expediente ante la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, donde se dio trámite a la acción jurisdiccional.

Para tal efecto, el demandante acreditó el otorgamiento de las incapacidades por parte del médico tratante y se informó además que la EPS se había negado a reconocer y pagar las incapacidades.

Para tal efecto, con el fin de conformar el litisconsorcio necesario, adicional a la EPS, fue vinculado el supuesto empleador del demandante, con el fin de que se pronunciaran sobre los hechos y pretensiones de la demanda.

La EPS justificó su negativa al reconocimiento y pago de las incapacidades, aduciendo periodos sin pago por parte del aportante.

A su vez, la cooperativa de servicios, pese a ser notificada, no se pronunció frente a los hechos antes referidos.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si era procedente o no ordenar a la EPS el reembolso de la prestación económica derivada de las incapacidades otorgadas al demandante, pese a existir pendientes de pago por parte del aportante.

## CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Frente al caso en concreto, el Despacho inició por analizar la naturaleza de la relación existente entre el demandante y la cooperativa de servicios, determinando que la calidad del actor era la de trabajador independiente en los términos de los arts. 2 y 3 Decreto 3615 de 2005.

Acto seguido, estableció que, dentro de los requisitos exigidos legamente, para que el trabajador independiente pueda acceder al reconocimiento y pago de las incapacidades, se encuentran según el Decreto 780 de 2016, los siguientes:

- a.- Que se haya realizado un mínimo de cotización de cuatro (4) semanas en forma ininterrumpida y completa.
- b.- Que no exista suspensión en la afiliación por mora en las cotizaciones de dos periodos consecutivos a cargo del trabajador independiente

Así las cosas, el despacho procedió a realizar el análisis del material probatorio allegado al plenario y logró evidenciar, que:

- a.- El demandante se encontraba afiliado al sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de trabajador independiente.
- b.- Se evidencia el pago en tiempo de los aportes de salud por parte del demandante.
- c.- No existió suspensión por mora que fuera reportada por la EPS, durante los (2) meses anteriores al otorgamiento de la primera incapacidad.
- d.- El demandante, contaba con los periodos mínimos de cotización.

Corolario de lo anterior, concluye el despacho que acorde con la normatividad vigente hay lugar al reconocimiento y pago de la incapacidad por parte de la EPS y con cargo al SGSSS, toda vez que se cumple con los requisitos dispuestos para el reconocimiento económico de la misma.

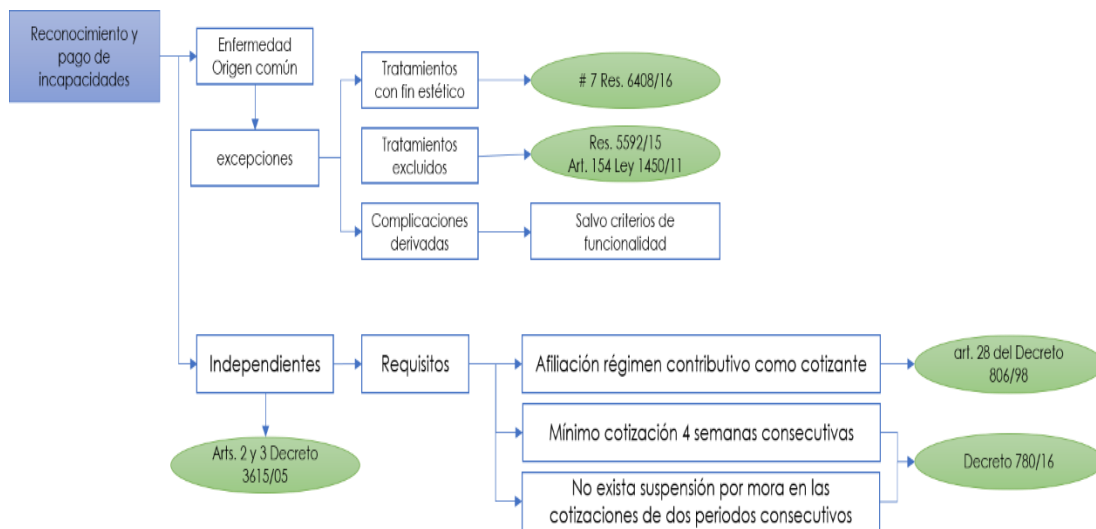
Finalmente, para proceder con la liquidación de las incapacidades, el despacho recordó que según el art. 227 del C.S.T., cuando se trata de auxilios por enfermedad inferiores a 90 días, se pagará dos terceras (2/3) partes del salario, siempre que este no sea inferior al salario mínimo legal mensual vigente, caso en el cual se tendrá en cuenta este último, según lo dispuso la H. Corte Constitucional, en sentencia C-543 de 2007.

## DECISIÓN

Conforme lo expuesto, el Despacho accedió a las pretensiones de la parte Demandante, basado en que las incapacidades cuyo reconocimiento y pago se perseguía, cumplen

con los requisitos dispuestos para el reconocimiento económico de las mismas y por tanto era deber de la EPS asumirla con cargo al SGSS.

**Para Tener en Cuenta:**



## 2. GRUPO DE GLOSAS, RECOBROS Y COBERTURA

### 2.1. SUPERSALUD ORDENA A EPS GARANTIZAR LA PRÁCTICA DE PROCEDIMIENTOS ESTÉTICOS DE NATURALEZA RECONSTRUCTIVA Y FUNCIONAL DURANTE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 (COVID-19)

SENTENCIA S2021-000111  
PROCESO J-2020-1616

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, la demandante pretendía que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada, dar cobertura al procedimiento estético pretendido incluido en el plan de beneficios en salud y ordenado como procedimiento reconstructivo y funcional.

Para tal efecto, la demandante informó al despacho, que, debido a las heridas causadas por la pérdida de peso, el médico tratante ordenó la realización de un procedimiento estético a su favor, el cual pese a ser autorizado por la EPS, fue en primer momento suspendido por la IPS debido a la contingencia ocasionada por el COVID-19 y posteriormente, por diversos inconvenientes administrativos, dentro de los cuales se argumentó la terminación del convenio con la IPS.

Con el fin de contar con material probatorio necesario, el despacho requirió a las IPS, donde fue autorizado el procedimiento, con el fin de que informara por qué razón no se dio ejecución a las órdenes médicas emitidas.

La EPS se pronunció indicando que autorizó la realización del procedimiento estético, asignando para ello, una de las IPS contratadas como proveedor de servicios. Empero, refiere que, se han presentado inconvenientes para la materialización de las órdenes, teniendo en cuenta la contingencia ocasionada por el COVID-19, dada la suspensión de todo procedimiento estético que no fuese urgente. Aclaró que, si bien el médico tratante determinó que el procedimiento es reconstructivo y funcional, lo cierto es que tiene un carácter estético, lo que ha impedido su realización e implica nueva valoración en el momento en que sea procedente practicarlo, asignando para ello cita ante una nueva IPS, por no contar con convenio con las anteriores.

La IPS que dio respuesta al requerimiento, señaló que le practicaron a la demandante todas las valoraciones requeridas e incluso se programó la cirugía, pero debido a la contingencia ocasionada por el COVID-19, fue suspendida por no ser un procedimiento vital, lo que conllevó al vencimiento de las órdenes y a nuevas valoraciones hasta la terminación del convenio con la EPS.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si le asiste a la demandante el derecho a recibir la Cobertura sobre el procedimiento estético ordenado como procedimiento reconstructivo y funcional.

## **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO**

En cuanto al caso en concreto, el Despacho, inició por plantear las obligaciones existentes en cabeza de las EPS, recordando el deber que les asiste en relación con la eficiente organización, oportunidad y calidad de los servicios de salud que brindan, en especial la atención de las enfermedades que le han sido diagnosticadas a sus afiliados.

Asimismo, reiteró que dichos servicios y tecnologías deben suministrarse sin dilaciones bajo el principio de oportunidad, es decir, siendo una obligación a cargo de la EPS, el desarrollar una adecuada gestión sobre su red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que garanticen el acceso efectivo bajo el criterio de necesidad, de acuerdo con el análisis de las causas y riesgos que presenten sus usuarios, sin imponerle cargas o limitaciones que desconozcan la urgencia que implica la práctica de los procedimientos requeridos para el tratamiento de sus patologías.

Al respecto, insistió que esta última obligación, es la que exige a la EPS asumir el riesgo trasferido por el usuario, cumpliendo para ello con las cargas previstas en el plan de beneficios en salud, entre las cuales se encuentran coordinar la prestación de los procedimientos, a través de contratos sujetos a la diligencia, prudencia y buena fe que como asegurador le es exigible, entendiendo sin embargo, que al margen de los contratos que suscriba, la EPS no puede desconocer ni trasladar las obligaciones que le son propias frente a su usuario, entre ellas, el pago que implica el aseguramiento en salud, entendiendo que el objetivo principal del sistema es cubrir las contingencias en salud que presenten sus usuarios.

Para tal efecto, se realizó un recorrido a través de los principios rectores del SGSSS, para lo cual destacó, la doble connotación de la seguridad social como derecho fundamental y como servicio público a cargo del Estado, configurándose en este último caso como un fin esencial (arts. 48 y 49 CN), frente al cual se configuran los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, los cuales entró a explicar en forma sucinta.

Asimismo, se dejó de presente que como desarrollo de los principios rectores del sistema, se han estructurado los derechos de los usuarios y con ello sus límites, a partir de manuales como el hoy denominado Plan de Beneficios de Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación – UPC, el cual para la fecha de los hechos estaba contenido la Resolución 2481 de 2020, cuyo art. 5 contempla tres anexos de carácter obligatorio, referidos a: i.- El Listado de Medicamentos del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC; ii.- El Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC y, iii.- El Listado de Procedimientos de Laboratorio Clínico del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Anexos estos que, de acuerdo con las apreciaciones del Despacho, resultan de vital importancia por cuanto, a partir de ellos, se puede determinar si los procedimientos ordenados a favor del demandante se encuentran a cargo de la EPS y, en consecuencia, debe ser garantizada su práctica.

A partir de ese punto, aterrizando el análisis al asunto en disputa, para efectos de emitir el correspondiente fallo, el Despacho, atendiendo a los principios que enmarcan el procedimiento judicial, en pro de determinar la naturaleza de la intervención quirúrgica prescrita por el médico tratante, y cuya orden reposa en el expediente, solicitó a un funcionario, profesional de medicina, adscrito a esta Superintendencia Delegada, revisar la documental médica, quien previo análisis del historial de la paciente logró establecer que era necesario ordenar una intervención quirúrgica prioritaria a cargo de la EPS en su red de prestadores.

A lo que se adiciona, que el procedimiento autorizado a favor del demandante, en efecto se encuentra contemplado dentro de la Resolución 2481 de 2020, en el anexo denominado listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC.

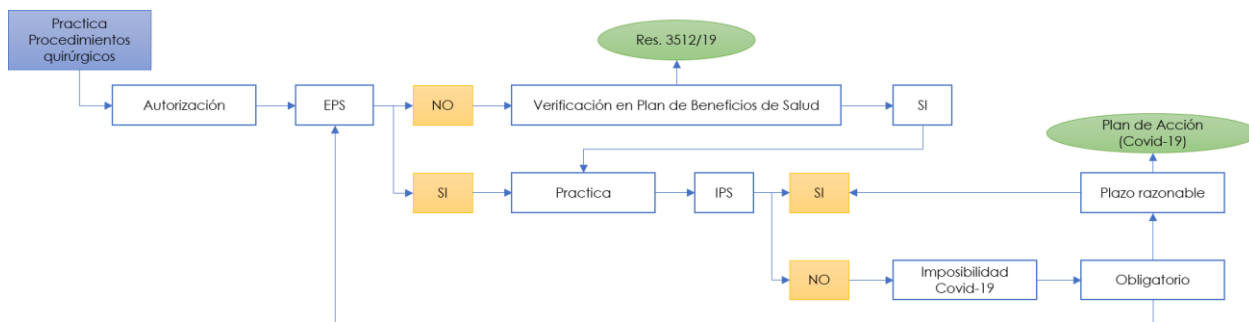
Concluyendo que, si bien le fue realizada nueva valoración a la demandante, no le había sido practicado el procedimiento; adicionalmente, teniendo en cuenta que la EPS no se opuso a las pretensiones, se le ordenó realizar el procedimiento autorizado en un término perentorio.

Corolario de lo anterior, acorde con la jurisprudencia, la normatividad vigente y el pronunciamiento técnico plasmado del caso estudiado, el Despacho evidenció que si bien a causa de la pandemia la EPS no pudo prestar el procedimiento ordenado, ello no podía desconocer la urgencia en su práctica en favor de la demandante, por lo que había lugar a ordenar a la EPS la prestación efectiva del procedimiento dentro de un término razonable, observando para ello, los protocolos previstos en el Plan de Acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación de la Pandemia por SARS-Cov-2 (COVID-19).

## **DECISIÓN**

Conforme lo expuesto, el Despacho accedió a las pretensiones de la demanda, ordenando a la EPS que, en un término perentorio, garantizara en favor de la demandante la realización del procedimiento ordenado por el especialista tratante, en una de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) donde tenga contratados servicios.

**Para Tener en Cuenta:**



## 2.2. SUPERSALUD RECUERDA LOS LÍMITES DEL DERECHO DE LIBRE ESCOGENCIA DE IPS POR PARTE DE LOS USUARIOS

SENTENCIA S2021-000336  
 PROCESO J-2020-1435

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, la demandante pretendía que la Superintendencia delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada, autorizar interconsulta especializada en una IPS determinada.

Para tal efecto, la demandante indicó que le fueron practicados exámenes de diagnóstico en una IPS donde se adelantó su tratamiento en un evento de urgencia, pero que posteriormente, para la fecha en que debía dar continuidad al mismo, la EPS le asignó una IPS diferente, sin tener en cuenta sus antecedentes.

La EPS justificó su negativa en el hecho de que la usuaria contaba con autorización de servicio en una IPS, por primera vez de acuerdo con la red de prestadores existente y efectivamente contratada. Indicó que esta IPS contaba con los servicios requeridos por la paciente, motivo por el cual argumenta que no hubo negación del servicio.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si era procedente o no ordenar a la EPS el cambio de la Institución Prestadora de Salud a la pretendida por la demandante.

### CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Como parte de sus apreciaciones generales, el despacho inició planteando que el legislador reguló el servicio de salud y creó las condiciones para el acceso de toda la población en todos los niveles de atención.

Que dentro de los principios rectores del SGSSS, se encuentra el de la libre escogencia, establecido en el art. 153 de la Ley 100 de 1993, entendido como la permisibilidad con que cuenta el sistema para que en su interior existan diferentes instituciones que administren y presten los servicios de salud, y a su vez, la libertad que tienen los usuarios de escoger entre las diferentes EPS e IPS, cuando sea posible según las condiciones de la oferta de servicios.

Al respecto, recordó que los usuarios del sistema tienen derecho a escoger la IPS y el profesional adscrito o vinculado laboralmente, que deseen dentro de las opciones ofrecidas por parte de la EPS a la que se encuentran afiliados, siempre que exista un convenio entre la EPS a la que se pertenece y la IPS seleccionada y, que esta última, preste un servicio de salud que garantice la prestación integral y de calidad.

Lo anterior implica también la libertad con que cuentan las EPS para conformar su red, siempre que se respete la suficiencia y cobertura en la prestación del servicio, de lo contrario puede existir vulneración de derechos fundamentales por la negativa de escogencia de una IPS. El derecho de elección tiene las siguientes excepciones:

- a.- Que la IPS receptora no garantiza integralmente el servicio.
- b.- Que se preste una inadecuada atención médica o de inferior calidad a la ofrecida por la IPS
- c.- Que como consecuencia de lo anterior se cause en el usuario el deterioro de su estado de salud.

En cuanto al caso en concreto, el despacho determinó que, si bien el derecho a la libre escogencia se fundamenta en la libertad y autonomía que tienen las personas, este derecho no es de carácter absoluto, en la medida en que la escogencia de la IPS depende de que esta haga parte de la red de la EPS.

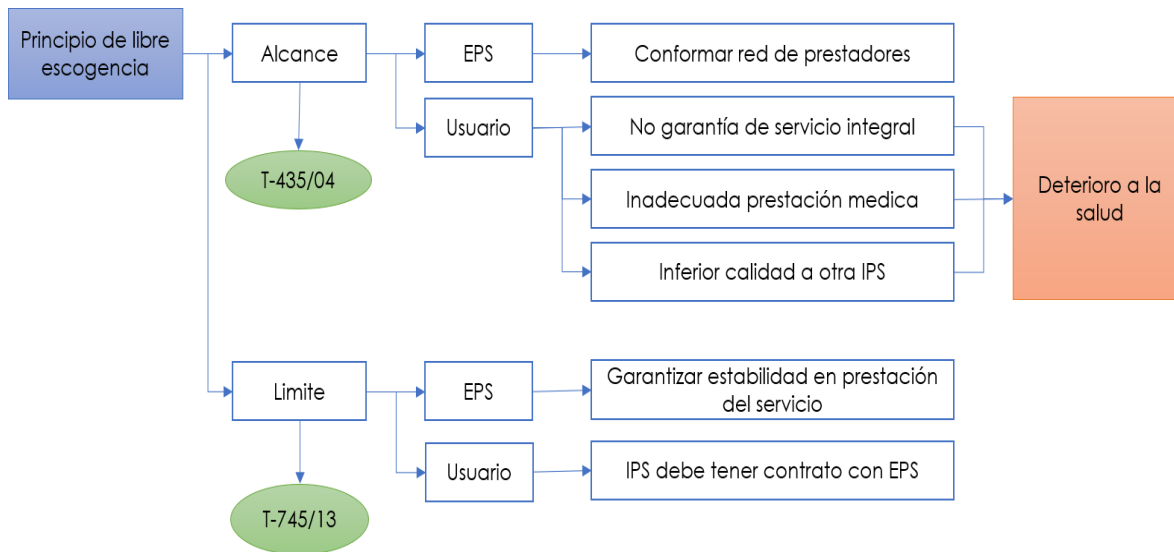
En este sentido, frente a la pretensión de la actora, el despacho encontró que, si bien la EPS demandada tenía contrato con la IPS pretendida, éste correspondía a servicios diferentes a los requeridos por la usuaria, razón por lo cual, no era posible autorizar el cambio a esta IPS, máxime cuando las autorizaciones otorgadas se dieron para una IPS que cuenta con el servicio de manera integral y especializada, motivo por el cual se negaron las pretensiones de la demanda.

Finalmente, en el fallo se señaló que, si la demandante tenía inconformidad frente a la IPS asignada, la EPS debía remitirle un listado de prestadores habilitados para el servicio requerido por la paciente, que hagan parte de su red de prestadores, de manera tal que se garantizara el derecho a optar por el de su elección.

## **DECISIÓN**

Conforme lo expuesto, el Despacho no accedió a las pretensiones de la demandante, negando el traslado de IPS pretendido.

**Para Tener en Cuenta:**



**2.3. SUPERSALUD REITERA EL TÉRMINO DE PRESCRIPCIÓN DE LOS RECOBROS DE SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO, ORDENADOS EN FALLOS DE TUTELA Y/O AUTORIZADOS POR EL COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO ANTE EL ADRES**

SENTENCIA S2020-001637  
 PROCESO J2015-0037

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, la demandante en calidad de apoderada de una EPS, pretendía que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a Diferentes entidades del Orden Nacional el reconocimiento y pago de facturas causadas por la prestación de servicios de salud a sus usuarios, no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, y que fueron ordenados en fallos de tutela y/o autorizados por el Comité técnico científico.

De esta manera, el problema jurídico, se centró en establecer si le asiste el derecho a la EPS de recibir el pago por concepto de cobros de servicios de salud por parte del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD (FOSYGA hoy ADRES).

## CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Frente al caso en concreto, el despacho se pronunció sobre algunos presupuestos procesales de fondo, que fueron planteados por las partes: Jurisdicción y competencia, Responsabilidad Solidaria, llamamiento en Garantía, falta de legitimación en la causa por pasiva, sucesión procesal y Responsabilidad patrimonial del Estado y la caducidad de la acción.

Seguidamente consideró necesario apoyarse en el equipo de auditoria de Glosas de la Superintendencia Delegada, el cual encontró que algunos de los recobros objeto de demanda, fueron presentados sin soportes documentales, carga esta que le correspondía a la EPS demandante, teniendo en cuenta el deber que le asistía de tener una adecuada gestión documental y la precaución mínima de conservar copia de la documentación radicada ante otros actores del sistema, en especial cuando se trata de documentos que soportan una obligación a su favor.

Pese a ello, se requirió la entrega de la información tanto a la EPS como a LA NACIÓN-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD EN SALUD (FOSYGA hoy ADRES), y al ADMINISTRADOR FIDUCIARIO, con el fin de analizar los puntos controvertidos de la auditoria, lo que llevó a desestimar algunas cuentas por falta de soporte.

A continuación, el despacho procedió a resolver las excepciones planteadas iniciando por la denominada prescripción, frente a la cual, reiteró que los conflictos de glosas y devoluciones, son asuntos que hacen parte esencial del Sistema de Seguridad Social en Salud como componente del Sistema de Seguridad Social Integral, en la medida que, en este tipo de litigios, se decide sobre la destinación adecuada de los recursos de la salud que afectan de forma directa la prestación del servicio a los usuarios del sistema.

El Despacho aplicó lo dispuesto en el artículo 151 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, referido al periodo de prescripción, por lo cual, dejó sentado, que el derecho de la EPS a solicitar el pago del recobro al FOSYGA por vía judicial, tiene un término de prescripción de tres (3) años contados a partir del momento en el que la obligación se haya hecho exigible, el cual se interrumpe por un lapso igual, a partir del momento en que la entidad recobrante presenta la reclamación escrita ante el ente pagador.

También señaló que, en el escenario de los recobros, la obligación sólo se hace exigible para la EPS desde la fecha en que ésta tiene conocimiento de la existencia de la obligación y puede hacer efectivo su derecho ante el FOSYGA hoy ADRES; momento que no sería otro

que la fecha en la cual, la IPS que prestó el servicio radica la factura ante la EPS, puesto que, es sólo a partir de este instante en que la entidad tendría en su poder la evidencia del suministro de las tecnologías en salud no contenidas en el Plan Obligatorio de Salud,

y podría entonces llevar a cabo el consecuente procedimiento de recobro ante el FOSYGA hoy ADRES.

Así mismo, recordó, acatando lo señalado en el precitado artículo, que el término de prescripción se verá interrumpido por la presentación de la reclamación escrita, lo que implica que con la radicación del recobro ante el FOSYGA hoy ADRES, para solicitar el pago de estos por vía administrativa, se interrumpiría el término de prescripción del derecho por otro igual al tres (3) años.

Lo cual implica que la entidad recobrante tendría a su disposición sólo este tiempo para presentar la demanda, sin que puedan generarse nuevas interrupciones.

Entonces, para decidir sobre el posible acaecimiento del fenómeno jurídico de la prescripción del derecho, el Despacho verificó las fechas de ocurrencia de dos momentos dentro del trámite de solicitud de pago de los recobros con anterioridad a la fecha de presentación de la demanda. El primero corresponde a la fecha de radicación de las facturas por parte de la IPS ante la EPS demandante y, el segundo correspondiente a la fecha de radicación del recobro ante el FOSYGA hoy ADRES.

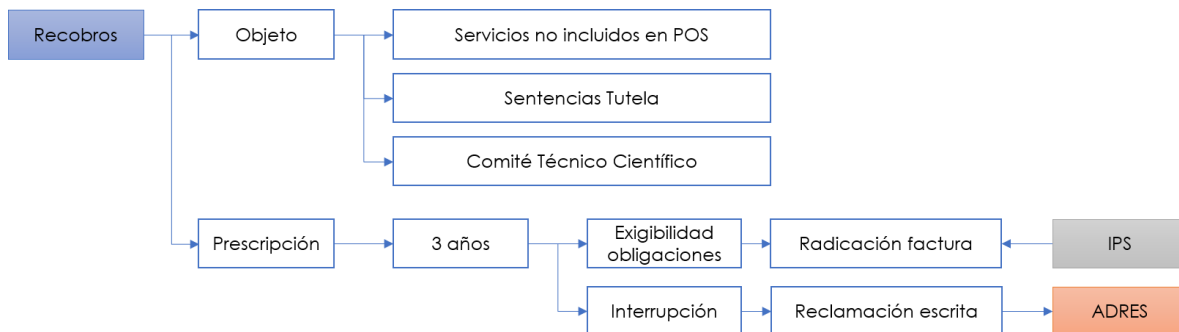
En consecuencia, analizados los parámetros anteriormente descritos, el Despacho encontró que algunos de los recobros se encontraban prescritos.

Por lo tanto, desestimó las pretensiones en cuanto a los recobros que se encontraban sin soporte documental suficiente y aquellos sobre los que acaeció el fenómeno de la prescripción, declarando fundada solo una de las facturas pretendidas.

**DECISIÓN**

Conforme lo expuesto, el Despacho Denegó a las pretensiones formuladas por la EPS.

**Para Tener en Cuenta:**



## 3. GRUPO DE REEMBOLSOS Y AFILIACIONES

### 3.1. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR INTERUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

SENTENCIA S2019-001056  
PROCESO J2017-2925

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, la demandante pretendía que la Superintendencia delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada el reconocimiento económico de los gastos en que incurrió al practicarse un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo.

Para tal efecto, la demandante indicó que, durante uno de los controles de su embarazo, se identificó un síndrome congénito en el feto, por lo que el médico tratante certificó que la paciente podría precipitar o consolidar riesgo obstétrico, de ansiedad, además de situaciones de vulnerabilidad física y psicológica, por lo que la continuidad del embarazo podría constituir un riesgo y/o peligro para la salud y la vida de la demandante, circunstancia que la llevó a solicitar a la EPS la práctica del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, sin obtener respuesta, por lo que asumió de manera particular el pago del mismo.

La EPS justificó su negativa a autorizar y reembolsar el servicio, en el hecho de que el síndrome congénito que padecía el feto no correspondía a una patología incompatible con la vida, desbordando así la causal legalmente establecida.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si era procedente o no ordenar a la EPS el reembolso de los gastos en que incurrió la demandante por concepto del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo.

#### CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Como parte de sus apreciaciones generales, el despacho inició planteando que los usuarios del SGSSS, pueden acceder al reembolso de los gastos médicos en que hayan incurrido por su cuenta, a través de un proceso judicial, sumario y preferente.

Respecto del cual, existen tres supuestos fácticos para que opere el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido un afiliado por dicho concepto, siendo estos según el art. 41 de la Ley 1122 de 2007:

- a.- Haber sido atendido por urgencias en una IPS sin contrato con la EPS del afiliado.

- b.- Haber sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
- c.- Cuando la EPS está incapacitada, imposibilitada, se niega injustificadamente o existe negligencia demostrada que no permitan cubrir las obligaciones para con el usuario

Empero, El Despacho señaló, en cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo, que según lo dispuso la H. Corte Constitucional en sentencia C-355 de 2006, este es un derecho fundamental de las mujeres en tres casos específicos, entendiendo que se encuentra estrechamente ligado al derecho a la vida, la salud, la dignidad, la intimidad y el libre desarrollo de la personalidad de la gestante.

Conforme los planteamientos efectuados frente a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, los sistemas de salud deben entrenar y equipar a las IPS para asegurar su garantía en forma segura y accesible, en los casos en que el aborto no se considere ilegal, evitándose y eliminándose de esta forma barreras que impidan el acceso a la paciente y también actos que generen discriminación.

Adicionó el despacho, que el Estado tiene el deber de efectivizar el disfrute del derecho a la salud, a partir del cumplimiento de las obligaciones de respeto, protección y cumplimiento, realizando un análisis del desarrollo legal y jurisprudencial de la materia.

En este punto, señaló el Despacho que según la sentencia C-355 de 2006, el aborto no constituye delito, cuando la voluntad de la mujer se produce por uno de los siguientes eventos:

- a.- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la paciente, certificada por un médico.
- b.- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- c.- Cuando el embarazo sea producto de una conducta punible denunciada, de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentida o de incesto.

En cuanto al caso en concreto, para efectos de emitir el correspondiente fallo, el Despacho, atendiendo a los principios que enmarcan el procedimiento judicial, en pro de determinar la existencia de alguno de los supuestos fácticos que vienen de enlistarse, solicitó a un funcionario, profesional de medicina, adscrito a la Superintendencia Delegada, revisar la documental médica, quien luego de realizar un análisis y resumen de lo ocurrido clínicamente con la demandante, indicó que la EPS incurrió en un actuar negligente y profirió una negativa injustificada, al imponer barreras de acceso a la paciente, al imponer entendimiento contrario a lo certificado por los médicos de su red prestadora.

Es decir, a partir del material probatorio allegado al plenario, el Despacho logró evidenciar, que:

a.- La paciente solicitó a la EPS autorización para práctica del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo, debido a que el embarazo ha deteriorado de manera evidente su salud mental y social.

b.- Un profesional de la salud adscrito a la red de prestadores de la EPS, certificó que la continuación de este embarazo se constituía en un riesgo y/o peligro para la salud integral o la vida de la paciente.

c.- La EPS se quedó corta en su respuesta al entender en forma contraria lo señalado por el médico tratante y descartarlo sin verificar el compromiso mental o afectación que pudiera presentar la paciente en relación con su salud y vida.

Por lo tanto, concluyó el Despacho, que en efecto existía una causal legal para practicar el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo a la paciente, y que, la EPS impuso barreras de acceso a la paciente y vulneró sus derechos al impedirle su acceso.

Asimismo, señaló que en atención a lo dispuesto en la Resolución 6408 de 2016, la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra incluida dentro del Plan de Beneficios de Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, por lo que al cumplirse con los presupuestos dispuestos por la H. Corte Constitucional y demostrarse que existieron deficiencias en la autorización y realización del procedimiento por parte de la EPS, obligando a la paciente a practicarse el mismo en forma particular, es la EPS quien debe reembolsar los gastos en que incurrió la demandante.

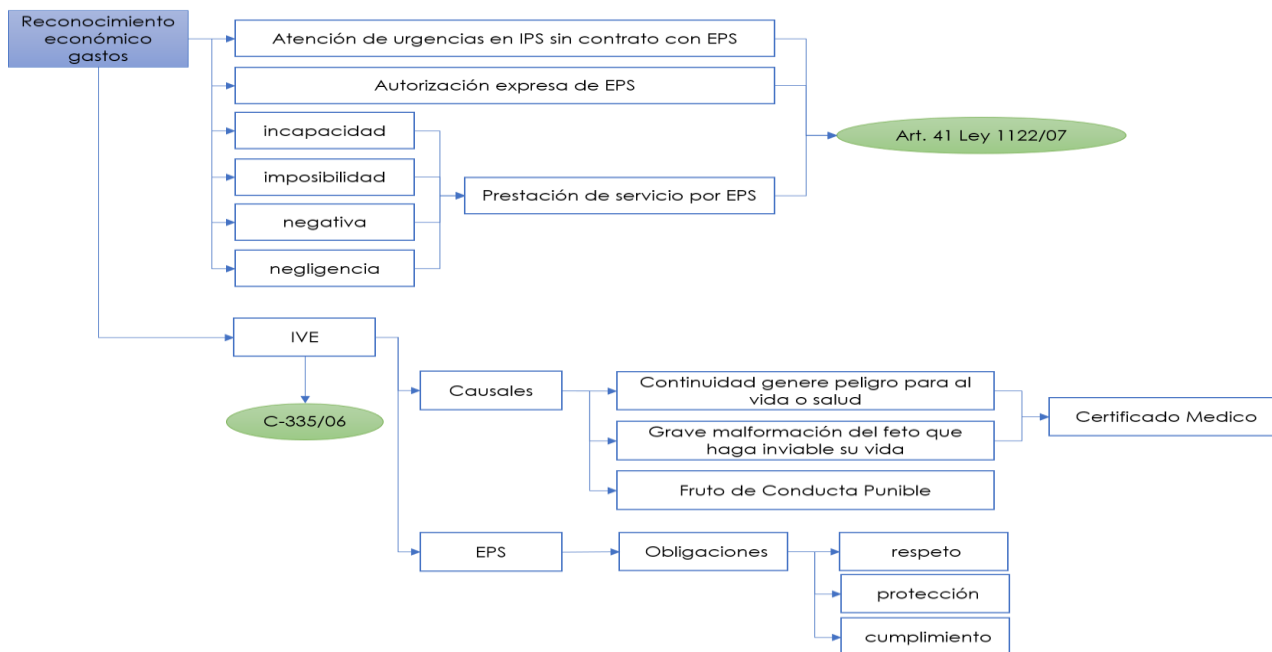
En consecuencia, acorde con la jurisprudencia, la normatividad vigente y el pronunciamiento técnico plasmado del caso estudiado, evidenció el Despacho que había lugar a ordenar a la EPS el reconocimiento económico y pago de los gastos en que incurrió el demandante con ocasión de la práctica de un procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo.

Finalmente, se dejó de presente que se compulsaría copias a la EPS en atención a las barreras impuestas a la demandante para la práctica del procedimiento.

## **DECISIÓN**

Conforme lo expuesto, el Despacho accedió a las pretensiones, ordenando a la EPS que, en un término perentorio, reconociera y procediera al pago de las sumas demostradas en que incurrió la demandante por concepto del procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo.

**Para Tener en Cuenta:**



### 3.2. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR CONCEPTO DE TRANSPORTE INTERMUNICIPAL Y ALIMENTACIÓN DE PACIENTES Y ACOMPAÑANTES

SENTENCIA S2020-001301  
 PROCESO J-2018-0460

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, la demandante pretendía que la Superintendencia delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada el reconocimiento económico de los gastos en que incurrió el paciente y su acompañante por concepto de transporte y alimentación, al trasladarse a una ciudad distinta a la de su IPS asignada con el fin de que se le realizara el procedimiento médico autorizado.

Para tal efecto, la demandante indicó que al paciente le fue diagnosticado una enfermedad catastrófica o ruinosa, cuyo tratamiento médico se adelantó inicialmente en la ciudad de su domicilio, pero que debido al compromiso que presentaba, fue necesario trasladarlo a otra ciudad a recibir un trasplante, razón por la cual, presentó solicitud de suministro de transporte y alojamiento para el paciente y el acompañante, el cual fue autorizado por la EPS.

Sin embargo, se indicó que al trasladarse a la otra ciudad con el fin de que le fuera realizado el procedimiento autorizado, se presentó una complicación, la cual hizo imposible su práctica, conllevando el retorno a la ciudad de domicilio del paciente, sin que la EPS haya reconocido el suministro de los gastos de transporte y alimentación en que incurrió el paciente y su acompañante.

La EPS informó que frente al caso en concreto mediaba una cosa juzgada derivada de una acción de tutela que se encontraba en curso; indicando además que no se realizó el trámite administrativo establecido para el recobro de los gastos pretendidos y el término para ello ya se encontraba fenecido.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si era procedente o no ordenar a la EPS el reembolso de los gastos en que incurrió el paciente y su acompañante por concepto de viáticos correspondientes a transporte y alimentación, para que le fuera realizado el procedimiento médico a su hijo en una ciudad distinta a la de su IPS asignada, aun cuando éste no pudo ser practicado.

## **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO**

Como parte de sus apreciaciones generales, el despacho inició planteando la seguridad social como un servicio público obligatorio a cargo del Estado y sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, a los cuales también debe sujetarse la salud desde el ámbito de servicio, pues como derecho se encuentra inmerso en los mandatos de continuidad, integralidad e igualdad.

Asimismo, refirió que la salud como derecho se compone de los elementos esenciales que fijan los límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser, entre los cuales se encuentran la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional.

A continuación, explicó los principios de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad y continuidad que guían la prestación del servicio a la salud, concluyendo que las EPS deben garantizar el acceso a los usuarios bajo dichos criterios, pues de lo contrario trasgredirán en forma directa los derechos fundamentales de estos.

De esta forma, recordó que la H. Corte Constitucional a partir del desarrollo del principio de igualdad material, ha establecido que ciertas personas en atención a su estado de mayor vulnerabilidad y debilidad manifiesta son sujetos de especial protección constitucional, dentro de los cuales se encuentran aquellas personas que padecen enfermedades catastróficas o ruinosas, frente a las cuales debe brindarse acceso sin obstáculos y en forma oportuna e integral.

Es decir, que, en su calidad de sujetos de especial protección constitucional, tienen derecho a una atención integral continua que incluya todos los servicios y tratamientos necesarios para su recuperación, sin que pueda mediar obstáculo alguno, independiente de que se encuentren dentro del Plan Obligatorio de Salud o no, lo cual implica no solo el suministro previa prescripción por el médico tratante de medicamentos, intervenciones

quirúrgicas, exámenes, prácticas de rehabilitación y cualquier otro servicio dirigido a mejorar su salud física, sino también de aquellos dirigidos al restablecimiento de su salud mental, bien con el ánimo de superar la enfermedad o incluso también con la intención de sobrellevarla, manteniendo la integridad de la persona en un entorno tolerable y digno.

Empero, insistió que este tratamiento integral implica una protección concreta, por lo que siempre se encuentra sujeto a lo que establezca el médico tratante, quien orienta el alcance de la protección constitucional, criterio que se traslada para su efectiva materialización a las EPS, quienes a partir de la sentencia T-760 de 2008, tienen el deber de autorizar los servicios de salud, requeridos por el paciente según el médico tratante, sin que le sea posible su fraccionamiento, separación o alternancia y siempre brindando una prestación oportuna, eficaz y ágil.

También se resaltó que los pacientes con enfermedades catastróficas o ruinosas, no requieren estar en una situación de amenaza de vida en forma grave, pues con la sospecha o diagnóstico ya enfrentan condiciones indignas de existencia, que requieren una prestación oportuna del servicio, en cumplimiento del sólido marco normativo existente frente a la materia, entre ellos la Ley 1384 y 1388 de 2010; la Circular 04 de 2014 y la Ley 1751 de 2015; pues de lo contrario, se verían vulnerados los derechos fundamentales del paciente, a lo cual, acompañó un análisis pormenorizado de la evolución normativa y el estado actual de la protección a estos pacientes en Colombia.

A partir de lo cual, indicó que los usuarios del SGSSS, pueden acceder al reembolso de los gastos médicos en que hayan incurrido por su cuenta, a través de un proceso judicial, sumario y preferente.

Para ello recalcó que, existen tres supuestos fácticos para que opere el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido un afiliado por dicho concepto, siendo estos según el art. 41 de la Ley 1122 de 2007:

- a.- Haber sido atendido por urgencias en una IPS sin contrato con la EPS del afiliado.
- b.- Haber sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
- c.- Cuando la EPS esta incapacitada, imposibilitada, se niega injustificadamente o existe negligencia demostrada que no permitan cubrir las obligaciones para con el usuario.

Empero, señaló el Despacho en cuanto al suministro de transporte y viáticos para los desplazamientos a sedes diferentes al domicilio del paciente, que si bien estos no se consideran directamente como un servicio médico, no puede omitirse que según la Sentencia T-259/19, la protección integral del paciente incluye como tecnología y servicio de salud, aquello directamente relacionado con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico de este, entre los que se encuentran los viáticos por transporte del paciente y su acompañante, entendidos como un medio que permite el

acceso a los servicios de salud en los casos en que se requiere materializar dicha garantía fundamental.

Asimismo, señaló que según las normas vigentes para la fecha de los hechos, entre ellas, la Resolución 6408 de 2016; cuando un paciente requiera el servicio de transporte en un medio diferente a una ambulancia, con el fin de acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la cual no esté disponible en el lugar de residencia del paciente; dicho costo será asumido por los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para la zona especial por dispersión geográfica en los lugares donde este rubro sea reconocido y, en los que no, con cargo a la Unidad de pago por Capitalización, regla aplicable además en relación con otra clase de viáticos.

Punto en el cual, informó que según la Resolución 5857 de 2018, cuando la EPS autoriza la práctica de un procedimiento médico comprendido en los contenidos POS en lugar distinto al de la residencia del paciente, es una obligación adicional de la EPS asumir el costo de aquello directamente relacionado con el tratamiento como es el servicio de transporte intermunicipal, a pesar de no estar incluido expresamente en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Deduciendo entonces, que según la H. Corte Constitucional, es viable el suministro del transporte fuera del lugar de residencia del paciente, cuando se cumplen los siguientes presupuestos:

- a.- El servicio haya sido autorizado directamente por la EPS, remitiendo al paciente a un prestador ubicado fuera de su municipio de residencia.
- b.- Ni el paciente, ni sus familiares cercanos cuenten con los recursos suficientes para asumir los costos de traslado.
- c.- De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, integridad física o estado de salud del usuario.

Por otro lado, en relación con los gastos por alimentación y alojamiento, el Despacho recordó que la H. Corte Constitucional reconoce que en principio estos elementos no constituyen servicios médicos y por tanto deben ser cubiertos por el paciente y su acompañante, pese a lo cual, previendo que no es posible imponer barreras insuperables, ha dispuesto su reconocimiento excepcional, cuando se cumplen los siguientes presupuestos:

- a.- Que ni el paciente, ni sus familiares cercanos cuenten con los recursos suficientes para asumir los costos de traslado.
- b.- Que su negativa implique un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.
- c.- En las solicitudes de alojamiento debe acreditarse además que la atención médica requiere más de un día de permanencia en el lugar de remisión.

Frente a lo cual, aclaró que, en el caso de los acompañantes, tanto el rubro de transporte como el de alimentación y alojamiento, solo podrá asumirse frente a familiares cercanos cuando:

- a.- Se acredite un grado total de dependencia para el desplazamiento del paciente.
- b.- El paciente requiera atención permanente para garantizar su integridad física y ejercicio adecuado para sus labores cotidianas,
- c.- Que el acompañante no con los recursos suficientes para asumir los costos de traslado o manutención.

Caso en el cual la EPS deberá sufragar también los gastos de este en calidad de acompañante.

En cuanto al caso en concreto, para efectos de emitir el correspondiente fallo, el Despacho, atendiendo a los principios que enmarcan el procedimiento judicial, en pro de determinar la existencia de alguno de los supuestos fácticos que vienen de enlistarse, señaló que tendría en cuenta las documentales obrantes en el expediente, la Ley, la literatura y doctrina médica, además solicitó a un funcionario, profesional de medicina, adscrito a la Superintendencia Delegada, revisar la documental médica, quien indicó que el paciente presenta un enfermedad catastrófica, la cual requiere de una atención integral, que incluye el suministro de los gastos de traslado para él y su acompañante desde el sitio de residencia y hasta el lugar donde deba realizarse el procedimiento, tanto de ida como de vuelta, según lo estableció un Juez municipal a través a de acción de tutela.

Es decir, a partir del material probatorio allegado al plenario, el Despacho logró evidenciar, que:

- 1.- El servicio médico fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo al paciente a un prestador ubicado en un municipio distinto al de su residencia.
- 2.- Ni el paciente, ni sus familiares cercanos contaban con los recursos suficientes para asumir el costo del traslado y los viáticos, entendiéndose que no se desvirtuó por parte de la EPS la afirmación realizada por la demandante.
- 3.- En atención a la enfermedad catastrófica que padecía el paciente y su especial condición de protección constitucional, se estableció que no efectuar la remisión ponía en riesgo la vida, integridad física y el estado de salud del usuario.

Asimismo, frente a las pretensiones, se indicó la improcedencia de la cosa juzgada, pues si bien el fallo de tutela ordenó autorizar y suministrar el servicio de transporte ida y vuelta, lo pretendido en la acción jurisdiccional correspondía a hechos y pretensiones diferentes, dirigidas al reembolso de los gastos asumidos por concepto de transporte y alimentación que la demandante se vio obligada a costear; a lo cual, el despacho adicionó, que la EPS no puede imponer cargas administrativas desmedidas a los usuarios, máxime cuando

éste no estaba en condiciones médicas para realizarlas y menos aún pretender dar efectos de prescripción a términos establecidos por la misma EPS, sin fundamento legal.

Adicionalmente, el Despacho recordó que la responsabilidad de la EPS, no termina con el hecho de generar la autorización del servicio, sino que está obligada a velar por su prestación efectiva y oportuna, sin que le sea posible trasladar su obligación a terceros.

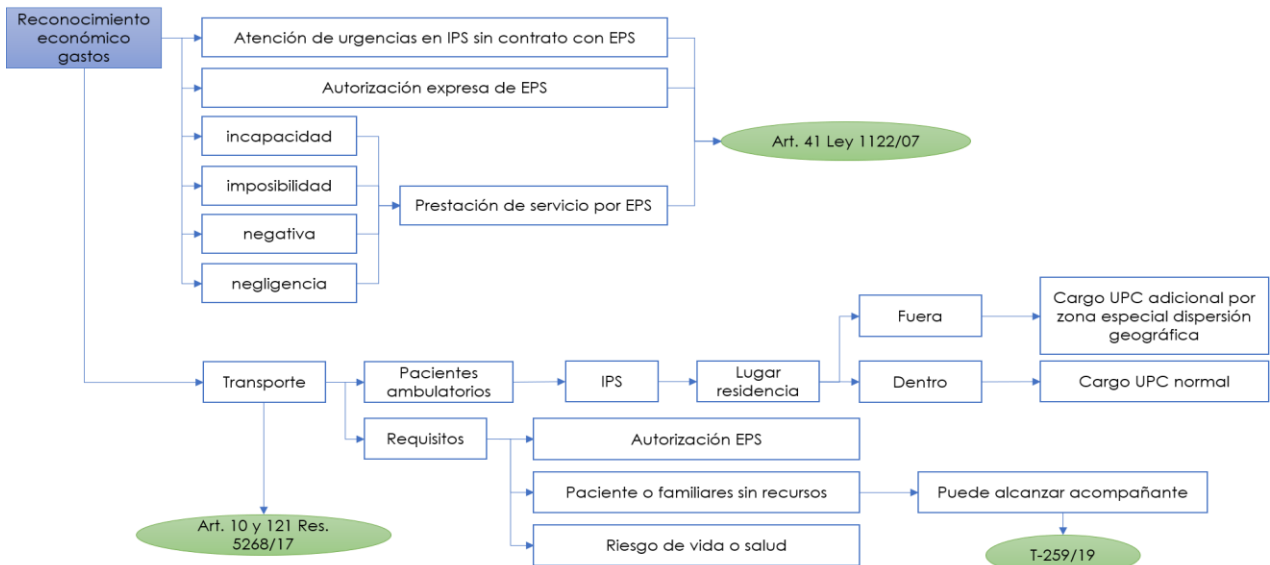
Corolario de lo anterior, acorde con la jurisprudencia, la normatividad vigente y el pronunciamiento técnico plasmado del caso estudiado, el Despacho evidenció que había lugar a ordenar a la EPS el reconocimiento económico y pago de los gastos en que incurrió el paciente y su acompañante por concepto transporte y alimentación a una ciudad distinta a la de su IPS asignada con el fin de que se le realizara el procedimiento médico autorizado, limitando dicho reconocimiento a los valores efectivamente acreditados dentro del expediente.

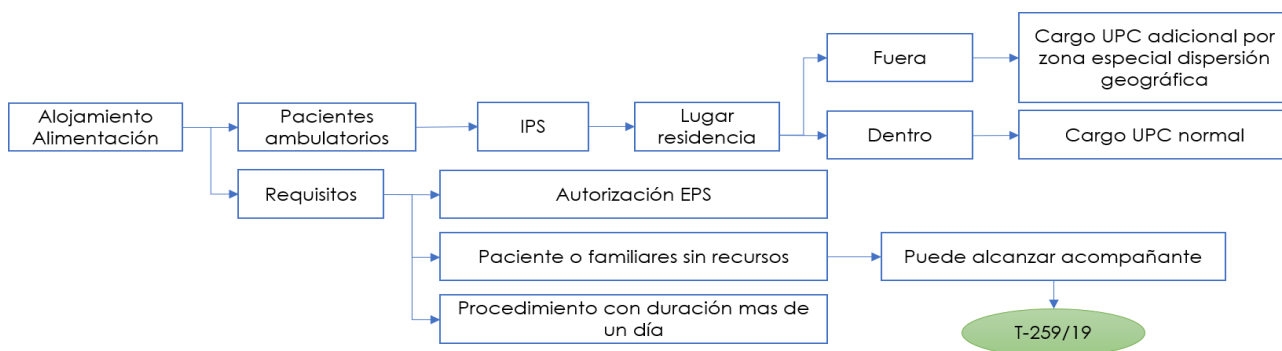
Finalmente, se deja de presente que para la fecha en que fue proferida la sentencia, el paciente había fallecido, por lo que el Despacho a pesar de acceder a la pretensión, se abstuvo de determinar quiénes eran los herederos del actor, por carecer de competencia para ello.

**DECISIÓN**

Conforme lo expuesto, el Despacho accedió a las pretensiones del demandante, ordenando a la EPS que, en un término perentorio, reconociera y procediera al pago de la suma en que se incurrió por concepto de gastos de transporte y alimentación del paciente y su acompañante.

**Para Tener en Cuenta:**





### 3.3. SUPERSALUD REITERA EL PAPEL DE LA EPS COMO SUJETO ACTIVO DENTRO DEL SGSSS Y NO COMO SIMPLE INTERMEDIARIO

SENTENCIA S2019-000981  
 PROCESO J-2018-0685

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, la demandante actuando en representación de su hijo, en calidad de trabajadora independiente, pretendía que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada, el reconocimiento económico de los gastos en que incurrió por concepto de la atención de urgencias brindada en una IPS ajena a su red de prestadores.

Para tal efecto, la demandante indicó que pese a solicitar el traslado al régimen subsidiado, la EPS mantuvo a su menor hijo como suspendido, por lo cual, en el momento de ingresar a urgencias, le fue necesario cubrir el costo de la hospitalización.

La EPS justificó su negativa al reconocimiento y reembolso del valor pretendido al indicar que la demandante no realizó solicitud ante la EPS, siendo esta una carga mínima que debe exigirse al usuario.

De igual forma, y con el fin de contar con material probatorio necesario, el despacho requirió a la IPS, donde fue atendido el usuario, con el fin de que se pronunciara sobre los hechos y pretensiones de la demanda, quien al pronunciarse informó que, al prestar atención al paciente debido a los problemas presentados con su aseguramiento, se realizaron las diligencias pertinentes para ubicar un pagador de la cuenta, el cual correspondió al Fondo Financiero Distrital de Salud.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si le asiste a la demandante el reconocimiento y procedencia del reembolso de los gastos en que incurrió por concepto de la atención de urgencias brindada a su hijo en una IPS ajena a su red de prestadores.

## CONSIDERACIONES DEL DESPACHO

Como parte de sus apreciaciones generales, el despacho inició recordando que los usuarios del SGSSS, pueden acceder al reembolso de los gastos médicos en que hayan incurrido por su cuenta, a través de un proceso judicial, sumario y preferente.

Respecto del cual, existen tres supuestos fácticos para que opere el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido un afiliado por dicho concepto, siendo estos según el art. 41 de la Ley 1122 de 2007:

- a.- Haber sido atendido por urgencias en una IPS sin contrato con la EPS del afiliado.
- b.- Haber sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
- c.- Cuando la EPS esta incapacitada, imposibilitada, se niega injustificadamente o existe negligencia demostrada que no permitan cubrir las obligaciones para con el usuario.

A continuación, el despacho precisó la definición de urgencias, entendiendo que según lo dispuesto en el art. 159 de la Ley 100 de 1993, a todos los usuarios del SGSSS se les debe asegurar la atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud y de urgencias en todo el territorio nacional, siendo obligatoria su atención aun cuando no medie un contrato o exista orden previa.

Añadió, que según lo dispuesto en el art. 8 de la Resolución 5592 de 2015, la atención de urgencias busca preservar la vida y prevenir consecuencias críticas, permanentes o futuras, haciendo uso de las tecnologías en salud, en aquellos casos en que se puede presentar una alteración física, funcional o mental por cualquier causa comprometiendo la vida o funcionalidad del paciente.

Acto seguido, explicó los principios de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad y continuidad que guían la prestación del servicio a la salud, concluyendo que las EPS deben garantizar el acceso a los usuarios bajo dichos criterios, pues de lo contrario trasgredirán en forma directa los derechos fundamentales de estos.

Insistiendo en que las EPS no pueden asimilarse como simples intermediarios dentro del sistema, sino que contrario a ello, son los encargados de establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios prestados por las IPS según la Ley 100 de 1993.

Luego de lo cual, recordó que según la Resolución 6408 de 2016, cuando el usuario se encuentra afiliado a la EPS, es ésta la obligaba a asumir los costos del procedimiento realizado, máxime cuando la intervención requerida hacia parte del plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, careciéndose de razón válida para retardar o dilatar la autorización y práctica del procedimiento; no siendo posible evadir y

mantener indefinidamente en suspenso e incertidumbre a un paciente que requiere una atención inmediata.

Adicionalmente, señaló que negarse a prestar el servicio y a su vez obstaculizar la situación del afiliado, constituye una mala prestación del servicio por parte de la EPS, la cual según ha indicado la H. Corte Constitucional, atenta contra la vida e integridad física de los afiliados, no solo porque puede llevar a la muerte o a la pérdida funcional de un órgano del cuerpo, sino también porque puede diagnosticarse tardíamente y limitar por consiguiente el inicio del tratamiento.

Mala prestación que se configura cuando la EPS realiza conductas dirigidas a suspender, retardar o dilatar el suministro de medicamentos, procedimientos, tratamientos intervenciones y lo que requiera el paciente para la recuperación o estabilización de su enfermedad, pues tal conducta omite el deber de protección integral del afiliado mediante la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia establecida por el Plan Obligatorio de Salud.

Frente a este punto, para efectos de emitir el correspondiente fallo, el Despacho, atendiendo a los principios que enmarcan el procedimiento judicial, en pro de determinar la existencia de alguno de los supuestos fácticos que vienen de enlistarse, solicitó a un funcionario, profesional de medicina, adscrito a esta Superintendencia Delegada, revisar la documental médica, quien indicó que al validar los documentos allegados al expediente, logró evidenciar que el paciente ingresó a la IPS presentando una urgencia médica que requería una intervención quirúrgica inmediata.

Razón por la cual, previa consulta del estado de afiliación en el ADRES-BDUA, el Despacho logró identificar que, para la fecha de los hechos, el paciente se encontraba afiliado a la EPS demandada, quien a pesar de tener el deber de asegurar al paciente brindando las autorizaciones y servicios requeridos para su recuperación, evadió su responsabilidad manteniendo indefinidamente en suspenso e incertidumbre al usuario, exponiéndolo a riesgos injustificados.

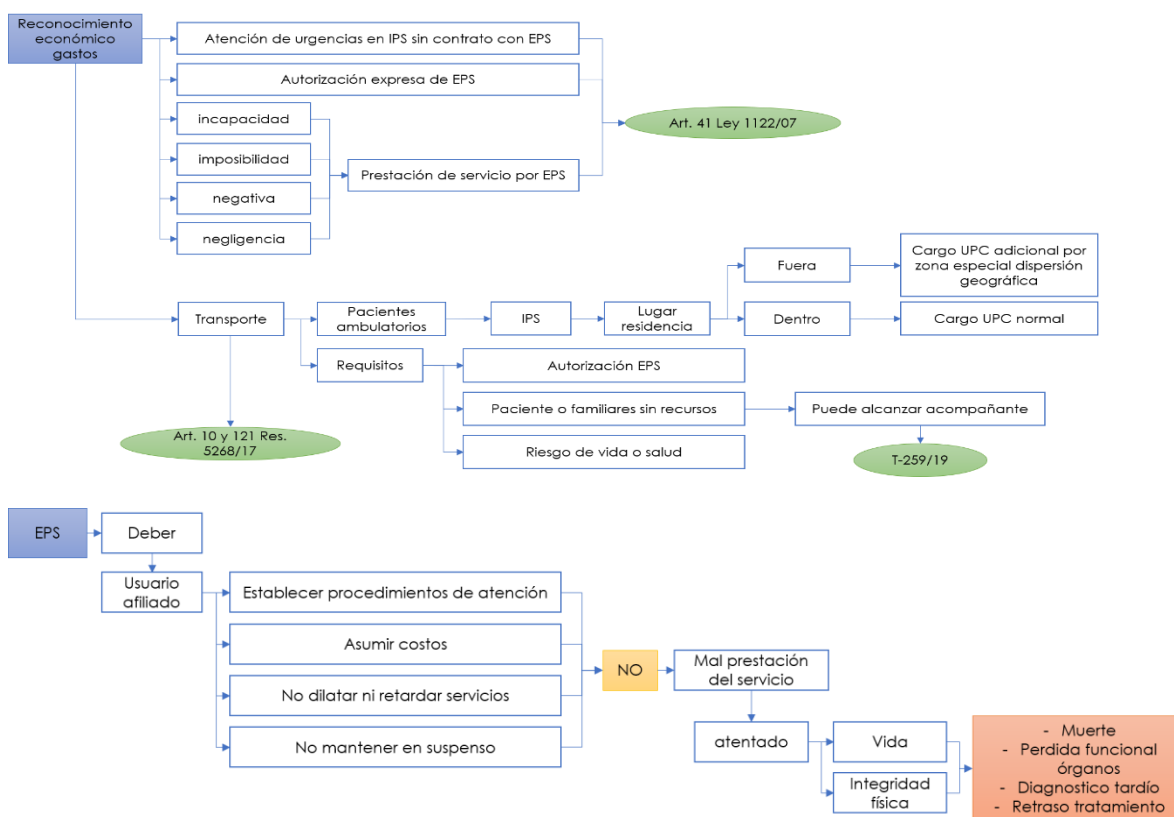
Concluyendo que el actuar de la EPS fue negligente en cuanto a la autorización y realización del procedimiento requerido por el paciente, actuar que no podía ser justificado en la falta de presentación de reclamación por parte del usuario, pues tal circunstancia no extingue el derecho al recobro que le asiste al paciente, según lo indicado por la H. Corte Constitucional, en sentencias T-594 de 2007 y T-650 de 2011.

Finalmente, estableció que según el Acuerdo 260 de 2004, la atención inicial de urgencia se encuentra exenta de copagos o cuotas moderadoras, por lo que, acorde con la jurisprudencia, la normatividad vigente y las pruebas arrojadas al caso estudiado, había lugar al reconocimiento y pago de los gastos en que incurrió la demandante, al no haber sido atendida su necesidad de urgencia por parte de la EPS demandada, toda vez que se cumplen con los requisitos dispuestos para ello.

## DECISIÓN

Conforme lo expuesto, el Despacho accedió a las pretensiones formuladas, ordenando a la EPS reconocer y pagar el valor pretendido por la demandante por concepto de los gastos en que incurrió por la atención de urgencias brindada en favor de su hijo.

### Para Tener en Cuenta:



## 3.4. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR CONCEPTO DE TRANSPORTE, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN DE PACIENTES DE LA TERCERA EDAD CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

SENTENCIA S2020-001300  
PROCESO J-2018-0754

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, el demandante pretendía que la Superintendencia delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada el reconocimiento económico de los gastos en que incurrió junto con

su acompañante por concepto de transporte, alojamiento y alimentación, al trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para recibir el tratamiento ordenado.

Para tal efecto, el demandante indicó que era una persona de la tercera edad, afiliado a la EPS en calidad de beneficiario, diagnosticado con una enfermedad catastrófica, el cual se encontraba bajo un tratamiento que fue reemplazado por otro, tratamiento que solo podía ser realizado en una ciudad diferente a la de su residencia, por lo que solicitó a la EPS cubriera los gastos de transporte, alojamiento y alimentación de él y su acompañante, sin obtener respuesta y luego de asumir el costo, solicitó el reembolso obteniendo respuesta negativa.

La EPS informó que no se había presentado ninguna solicitud de reembolso por parte del usuario y menos aún trabas frente a la misma.

Con el fin de contar con material probatorio necesario, el despacho requirió a la IPS, donde fue atendido el usuario, con el fin de que se pronunciara sobre los hechos y pretensiones de la demanda.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si era procedente o no ordenar a la EPS el reembolso de los gastos en que incurrió el demandante y su acompañante por concepto de viáticos correspondientes a transporte, alojamiento y alimentación, con el fin de recibir el tratamiento médico que le fue autorizado en una ciudad distinta a la de su residencia.

## **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO**

Como parte de sus apreciaciones generales, el despacho inició planteando la seguridad social como un servicio público obligatorio a cargo del Estado y sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, a los cuales también debe sujetarse la salud desde el ámbito de servicio, pues como derecho se encuentra inmerso en los mandatos de continuidad, integralidad e igualdad.

Asimismo, refirió que la salud como derecho, se compone de los elementos esenciales que fijan los límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser, entre los cuales se encuentran la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional.

De esta forma, recordó que la H. Corte Constitucional a partir del desarrollo del principio de igualdad material, ha establecido que ciertas personas en atención a su estado de mayor vulnerabilidad y debilidad manifiesta son sujetos de especial protección constitucional, dentro de los cuales se encuentran aquellas personas que padecen o se sospecha pueden sufrir de enfermedades catastróficas o ruinosas, frente a las cuales debe brindarse acceso sin obstáculos y en forma oportuna e integral.

Es decir, que, en su calidad de sujetos de especial protección constitucional, tienen derecho a una atención integral continua que incluya todos los servicios y tratamientos necesarios para su recuperación, sin que pueda mediar obstáculo alguno, independiente

de que se encuentren dentro del Plan Obligatorio de Salud o no, lo cual implica no solo el suministro previa prescripción por el médico tratante de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, exámenes, prácticas de rehabilitación y cualquier otro servicio dirigido a mejorar su salud física, sino también de aquellos dirigidos al restablecimiento de su salud mental, bien con el ánimo de superar la enfermedad o incluso también con la intención de sobrellevarla manteniendo la integridad de la persona en un entorno tolerable y digno.

Empero, insistió que este tratamiento integral implica una protección concreta, por lo que siempre se encuentra sujeto a lo que establezca el médico tratante, quien orienta el alcance de la protección constitucional, criterio que se traslada para su efectiva materialización a las EPS, quienes a partir de la sentencia T-760 de 2008, tienen el deber de autorizar los servicios de salud, requeridos por el paciente según el médico tratante, sin que le sea posible su fraccionamiento, separación o alternancia y siempre brindando una prestación oportuna, eficaz y ágil.

Resaltó que los pacientes con enfermedades catastróficas o ruinosas, no requieren estar en una situación de amenaza de vida en forma grave, pues con la sospecha o diagnóstico ya enfrentan condiciones indignas de existencia, que requieren una prestación oportuna del servicio, en cumplimiento del sólido marco normativo existente frente a la materia, entre ellos la Ley 1384 y 1388 de 2010; la Circular 04 de 2014 y la Ley 1751 de 2015, pues de lo contrario, se verían vulnerados los derechos fundamentales del paciente, a lo cual, acompañó un análisis pormenorizado de la evolución normativa y el estado actual de la protección a estos pacientes en Colombia.

A continuación, explicó los principios de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad y continuidad que guían la prestación del servicio a la salud, concluyendo que las EPS deben garantizar el acceso a los usuarios bajo dichos criterios, pues de lo contrario trasgredirán en forma directa los derechos fundamentales de estos.

De igual manera, el Despacho analizó el alcance que implica la identificación de los sujetos de especial protección constitucional de las personas de la tercera edad en virtud del alto grado de vulnerabilidad en que se encuentran, recordando que a su favor se establecen diferenciaciones positivas justificadas dirigidas a contrarrestar su vulnerabilidad o debilidad manifiesta, lo cual deriva en que su protección no esté limitada a su mera existencia biológica, sino que además se encuentre íntimamente relacionada con su dignidad, es decir con el derecho a tener una vida digna.

A partir de lo cual, indicó que los usuarios del SGSSS, pueden acceder al reembolso de los gastos médicos en que hayan incurrido por su cuenta, a través de un proceso judicial, sumario y preferente.

Indicó que existen tres supuestos fácticos para que opere el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido un afiliado por dicho concepto, siendo estos según el art. 41 de la Ley 1122 de 2007:

- a.- Haber sido atendido por urgencias en una IPS sin contrato con la EPS del afiliado.
- b.- Haber sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
- c.- Cuando la EPS esta incapacitada, imposibilitada, se niega injustificadamente o existe negligencia demostrada que no permitan cubrir las obligaciones para con el usuario.

Empero, señaló el Despacho en cuanto al suministro de transporte y viáticos para los desplazamientos a sedes diferentes al domicilio del paciente, que si bien estos no se consideran directamente como un servicio médico, no puede omitirse que según la Sentencia T-259/19, la protección integral del paciente incluye como tecnología y servicio de salud, aquello directamente relacionado con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico de este, entre los que se encuentran los viáticos por transporte del paciente y su acompañante, entendidos como un medio que permite el acceso a los servicios de salud en los casos en que se requiere materializar dicha garantía fundamental.

Asimismo, señaló que según las normas vigentes para la fecha de los hechos, entre ellas, la Resolución 6408 de 2016, cuando un paciente requiera el servicio de transporte en un medio diferente a una ambulancia, con el fin de acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la cual no esté disponible en el lugar de residencia del paciente, dicho costo será asumido por los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para la zona especial por dispersión geográfica en los lugares donde este rubro sea reconocido y en los que no, con cargo a la Unidad de pago por Capitación, regla aplicable además en relación con otra clase de viáticos.

Punto en el cual, informó que según la **Resolución 5857 de 2018**, cuando la EPS autoriza la práctica de un procedimiento médico comprendido en los contenidos POS en lugar distinto al de la residencia del paciente, es una obligación adicional de la EPS asumir el costo de aquello directamente relacionado con el tratamiento como es el servicio de transporte intermunicipal, a pesar de no estar incluido expresamente en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Deduciendo entonces, que según la H. Corte Constitucional, es viable el suministro del transporte fuera del lugar de residencia del paciente, cuando se cumplen los siguientes presupuestos:

- a.- El servicio haya sido autorizado directamente por la EPS, remitiendo al paciente a un prestador ubicado fuera de su municipio de residencia.
- b.- Ni el paciente, ni sus familiares cercanos cuenten con los recursos suficientes para asumir los costos de traslado.
- c.- De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, integridad física o estado de salud del usuario.

Por otro lado, en relación con los gastos por alimentación y alojamiento, el Despacho recordó que la H. Corte Constitucional reconoce que en principio estos elementos no constituyen servicios médicos y por tanto deben ser cubiertos por el paciente y su acompañante, pese a lo cual, previendo que no es posible imponer barreras insuperables, ha dispuesto su reconocimiento excepcional, cuando se cumplen los siguientes presupuestos:

- a.- Que ni el paciente, ni sus familiares cercanos cuenten con los recursos suficientes para asumir los costos de traslado.
- b.- Que su negativa implique un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.
- c.- En las solicitudes de alojamiento debe acreditarse además que la atención médica requiere más de un día de permanencia en el lugar de remisión.

Frente a lo cual, aclaró que, en el caso de los acompañantes, tanto el rubro de transporte como el de alimentación y alojamiento, solo podrá asumirse frente a familiares cercanos cuando:

- a.- Se acredite un grado total de dependencia para el desplazamiento del paciente.
- b.- El paciente requiera atención permanente para garantizar su integridad física y ejercicio adecuado para sus labores cotidianas,
- c.- Que el acompañante no con los recursos suficientes para asumir los costos de traslado o manutención.

Caso en el cual la EPS deberá sufragar también los gastos de este en calidad de acompañante.

En cuanto al caso en concreto, para efectos de emitir el correspondiente fallo, el Despacho, atendiendo a los principios que enmarcan el procedimiento judicial, en pro de determinar la existencia de alguno de los supuestos fácticos que vienen de enlistarse, señaló que tendría en cuenta las documentales obrantes en el expediente, la Ley, la literatura y doctrina médica, además solicitó a un funcionario, profesional de medicina, adscrito a la Superintendencia Delegada, revisar la documental médica, quien indicó que el paciente presenta un enfermedad catastrófica, que en atención a su naturaleza requería una atención preferente e inmediata ya que de lo contrario su estado clínico y pronóstico podía variar, por lo que se denotaba una actuación inoportuna y discontinua y no integral en la atención por parte de la EPS.

Que, pese a las solicitudes realizadas por el demandante a la EPS, esta se abstuvo de dar respuesta a las mismas.

Es decir, a partir del material probatorio allegado al plenario, el Despacho logro evidenciar, que:

1.- La EPS conocía la patología que padecía el demandante y autorizó el procedimiento, remitiendo al paciente a un prestador ubicado en un municipio distinta al de la residencia de este.

2.- Ni el paciente, ni sus familiares cercanos contaban con los recursos suficientes para asumir el costo del traslado, hospedaje y los viáticos, entendiéndose que no se desvirtuó por parte de la EPS la afirmación realizada por el demandante.

3.- En atención a la enfermedad catastrófica que padecía el paciente y su especial condición de protección constitucional en atención a ser una persona de la tercera edad, resultó acreditado que no trasladarse para en forma oportuna para que le fuera practicado el procedimiento ponía en riesgo inminente la vida, integridad física y el estado de salud del usuario.

Adicionalmente, el Despacho concluyó que la EPS no garantizó la cobertura de los viáticos, pese a la especial condición del demandante, omitiendo incluso dar respuesta a las peticiones presentadas, por lo que Concluyó que la misma no actuó con la suficiente diligencia al dejar de aplicar un tratamiento oportuno y eficaz en favor del usuario, a pesar de ser la responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de los servicios que suministra al usuario, es decir, se desconoció el deber de aseguramiento, circunstancia que obligó al usuario a asumir los costos de su traslado, alojamiento y alimentación, pese a no contar con los recursos suficientes para ello.

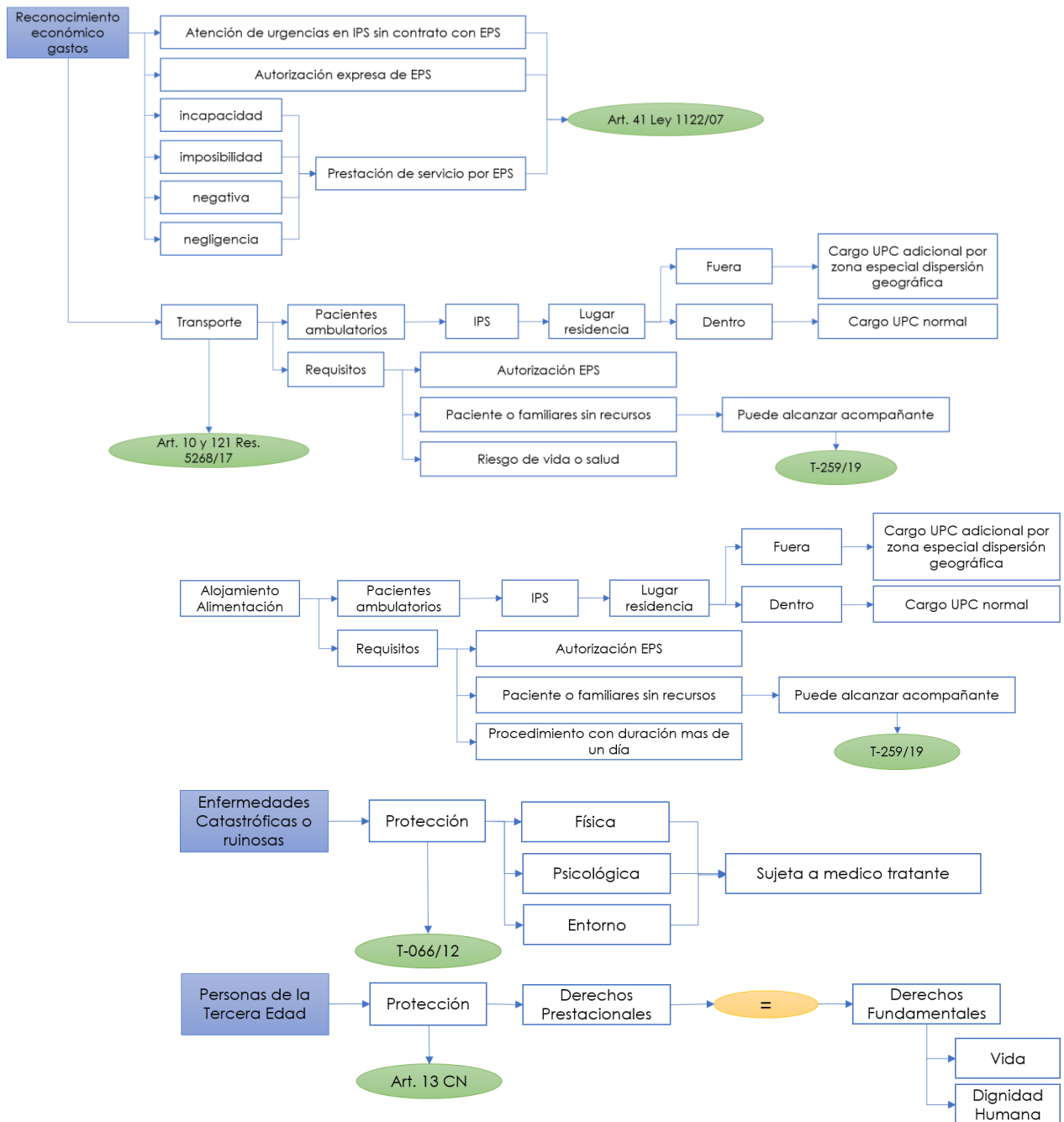
Asimismo, el Despacho recordó que, la responsabilidad de la EPS no termina con el hecho de generar la autorización del servicio, sino que está obligada a velar por su prestación efectiva y oportuna, sin que le sea posible trasladar su obligación a terceros o pretender excusarse alegando su propia culpa.

En consecuencia, acorde con la jurisprudencia, la normatividad vigente y el pronunciamiento técnico plasmado del caso estudiado, evidenció el Despacho que había lugar a ordenar a la EPS el reconocimiento económico y pago de los gastos en que incurrió el paciente y su acompañante por concepto transporte, hospedaje y alimentación a una ciudad distinta a la de su residencia, con el fin de que se le realizara el procedimiento médico autorizado.

## **DECISIÓN**

Conforme lo expuesto, el Despacho accedió a las pretensiones del demandante, ordenando a la EPS que, en un término perentorio, reconociera y procediera al pago de la suma en que se incurrió por concepto de gastos de transporte, hospedaje y alimentación del paciente y su acompañante.

**Para Tener en Cuenta:**



### **3.5. SUPERSALUD REITERA LOS REQUISITOS PARA QUE PROCEDA EL REEMBOLSO DE GASTOS POR CONCEPTO DE TRANSPORTE, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN DE PACIENTES DE LA TERCERA EDAD**

SENTENCIA S2020-001269  
PROCESO J-2018-1440

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, el demandante pretendía que la Superintendencia delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada el reconocimiento económico de los gastos en que incurrió por concepto de transporte, alojamiento y alimentación.

Para tal efecto, el demandante indicó que era una persona de la tercera edad, diagnosticado con una patología que implicó la orden de un procedimiento quirúrgico, el cual no se pudo realizar en el su domicilio por cuanto la EPS no tenía convenio con las IPS del lugar, por lo que la EPS decidió autorizar el servicio en una IPS ubicada en una ciudad diferente a la de su residencia, sin suministrar los costos correspondientes a transporte, alojamiento y alimentación.

La EPS justificó su negativa al reconocimiento y reembolso del valor pretendido al indicar que la demandante presentó la solicitud en forma extemporánea.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si era procedente o no ordenar a la EPS el reembolso de los gastos en que incurrió el demandante por concepto de viáticos correspondientes a transporte y alojamiento, para que le fuera realizado el procedimiento médico en una ciudad distinta a la de su IPS asignada.

#### **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO**

Como parte de sus apreciaciones generales, el despacho inicio planteando la seguridad social como un servicio público obligatorio a cargo del Estado y sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, a los cuales también debe sujetarse la salud desde el ámbito de servicio, pues como derecho se encuentra inmerso en los mandatos de continuidad, integralidad e igualdad.

Asimismo, refirió los principios de oportunidad, eficiencia, calidad, integralidad y continuidad que guían la prestación del servicio a la salud, concluyendo que las EPS deben garantizar el acceso a los usuarios bajo dichos criterios, pues de lo contrario trasgredirán en forma directa los derechos fundamentales de estos.

De igual manera, el Despacho analizó el alcance que implica la identificación de los sujetos de especial protección constitucional de las personas de la tercera edad en virtud del alto grado de vulnerabilidad en que se encuentran, recordando que a su favor se establecen diferenciaciones positivas justificadas dirigidas a contrarrestar su

vulnerabilidad o debilidad manifiesta, lo cual deriva en que su protección no esté limitada a su mera existencia biológica, sino que además se encuentre íntimamente relacionada con su dignidad, es decir con el derecho a tener una vida digna.

A partir de lo cual, indicó que los usuarios del SGSSS, pueden acceder al reembolso de los gastos médicos en que hayan incurrido por su cuenta, a través de un proceso judicial, sumario y preferente.

Respecto del cual, existen tres supuestos facticos para que opere el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido un afiliado por dicho concepto, siendo estos según el art. 41 de la Ley 1122 de 2007:

- a.- Haber sido atendido por urgencias en una IPS sin contrato con la EPS del afiliado.
- b.- Haber sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
- c.- Cuando la EPS esta incapacitada, imposibilitada, se niega injustificadamente o existe negligencia demostrada que no permitan cubrir las obligaciones para con el usuario.

Empero, señaló el Despacho en cuanto al suministro de transporte y viáticos para los desplazamientos a sedes diferentes al domicilio del paciente, que si bien estos no se consideran directamente como un servicio médico, no puede omitirse que según la Sentencia T-259/19, la protección integral del paciente incluye como tecnología y servicio de salud, aquello directamente relacionado con el tratamiento y el cumplimiento del objetivo preventivo o terapéutico de este, entre los que se encuentran los viáticos por transporte del paciente y su acompañante, entendidos como un medio que permite el acceso a los servicios de salud en los casos en que se requiere materializar dicha garantía fundamental.

Asimismo, señaló que según las normas vigentes para la fecha de los hechos, entre ellas, la Resolución 6408 de 2016, cuando un paciente requiera el servicio de transporte en un medio diferente a una ambulancia, con el fin de acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la cual no esté disponible en el lugar de residencia del paciente, dicho costo será asumido por los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para la zona especial por dispersión geográfica en los lugares donde este rubro sea reconocido y en los que no, con cargo a la Unidad de pago por Capitación, regla aplicable además en relación con otra clase de viáticos.

Punto en el cual, informó que según la Resolución 5857 de 2018, cuando la EPS autoriza la práctica de un procedimiento medico comprendida en los contenidos POS en lugar distinto al de la residencia del paciente, es una obligación adicional de la EPS asumir el costo de aquello directamente relacionado con el tratamiento como es el servicio de transporte intermunicipal, a pesar de no estar incluido expresamente en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Deduciendo entonces, que según la H. Corte Constitucional, es viable el suministro del transporte fuera del lugar de residencia del paciente, cuando se cumplen los siguientes presupuestos:

- a.- El servicio haya sido autorizado directamente por la EPS, remitiendo al paciente a un prestador ubicado fuera de su municipio de residencia.
- b.- Ni el paciente, ni sus familiares cercanos cuenten con los recursos suficientes para asumir los costos de traslado.
- c.- De no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, integridad física o estado de salud del usuario.

Por otro lado, en relación con los gastos por alimentación y alojamiento, el Despacho recordó que la H. Corte Constitucional reconoce que en principio estos elementos no constituyen servicios médicos y por tanto deben ser cubiertos por el paciente y su acompañante, pese a lo cual, previendo que no es posible imponer barreras insuperables, ha dispuesto su reconocimiento excepcional, cuando se cumplen los siguientes presupuestos:

- a.- Que ni el paciente, ni sus familiares cercanos cuenten con los recursos suficientes para asumir los costos de traslado.
- b.- Que su negativa implique un peligro para la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente.
- c.- En las solicitudes de alojamiento debe acreditarse además que la atención médica requiere más de un día de permanencia en el lugar de remisión.

Frente a lo cual, aclaró que, en el caso de los acompañantes, tanto el rubro de transporte como el de alimentación y alojamiento, solo podrá asumirse frente a familiares cercanos cuando:

- a.- Se acredite un grado total de dependencia para el desplazamiento del paciente.
- b.- El paciente requiera atención permanente para garantizar su integridad física y ejercicio adecuado para sus labores cotidianas,
- c.- Que el acompañante no con los recursos suficientes para asumir los costos de traslado o manutención.

Caso en el cual la EPS deberá sufragar también los gastos de este en calidad de acompañante.

En cuanto al caso en concreto, para efectos de emitir el correspondiente fallo, el Despacho, atendiendo a los principios que enmarcan el procedimiento judicial, en pro de determinar la existencia de alguno de los supuestos facticos que vienen de enlistarse,

señaló que tendría en cuenta las documentales obrantes en el expediente, la Ley, la literatura y doctrina médica, además solicitó a un funcionario, profesional de medicina, adscrito a la Superintendencia Delegada, revisar la documental médica, quien indicó que las tecnologías objeto de pretensión no correspondían a una atención inicial de urgencias y no se evidenció por que la EPS no cuenta con red de atención en el municipio en que reside el demandante, al margen de lo cual, al autorizar una IPS fuera del domicilio del paciente, debía asumir los viáticos correspondientes al transporte, alojamiento y alimentación.

Es decir, a partir del material probatorio allegado al plenario, el Despacho logró evidenciar, que:

- 1.- El paciente era un sujeto de especial protección constitucional, con una patología diagnosticada que requería un procedimiento.
- 2.- El servicio médico fue autorizado directamente por la EPS, remitiendo al paciente a un prestador ubicado en un municipio distinto al de su residencia.
- 3.- Ni el paciente, ni sus familiares cercanos contaban con los recursos suficientes para asumir el costo del traslado y los viáticos, entendiéndose que no se desvirtuó por parte de la EPS la afirmación realizada por el demandante.
- 4.- El hecho de no asumir los gastos de transporte, alojamiento y alimentación, limitaría seriamente el acceso y disponibilidad de los servicios requeridos por el usuario, lo cual ponía en riesgo la vida, integridad física y el estado de salud del usuario en atención a su edad.

Asimismo, frente a las pretensiones, se indicó la inoperancia de reconocimiento por extemporaneidad, respecto de lo cual, el despacho recordó que la negativa al reembolso no puede ser justificada en la falta de presentación o extemporaneidad de la reclamación por parte del usuario, pues tal circunstancia no extingue el derecho al recobro que le asiste al paciente, según lo indicado por la H. Corte Constitucional, en sentencias T-594 de 2007 y T-650 de 2011.

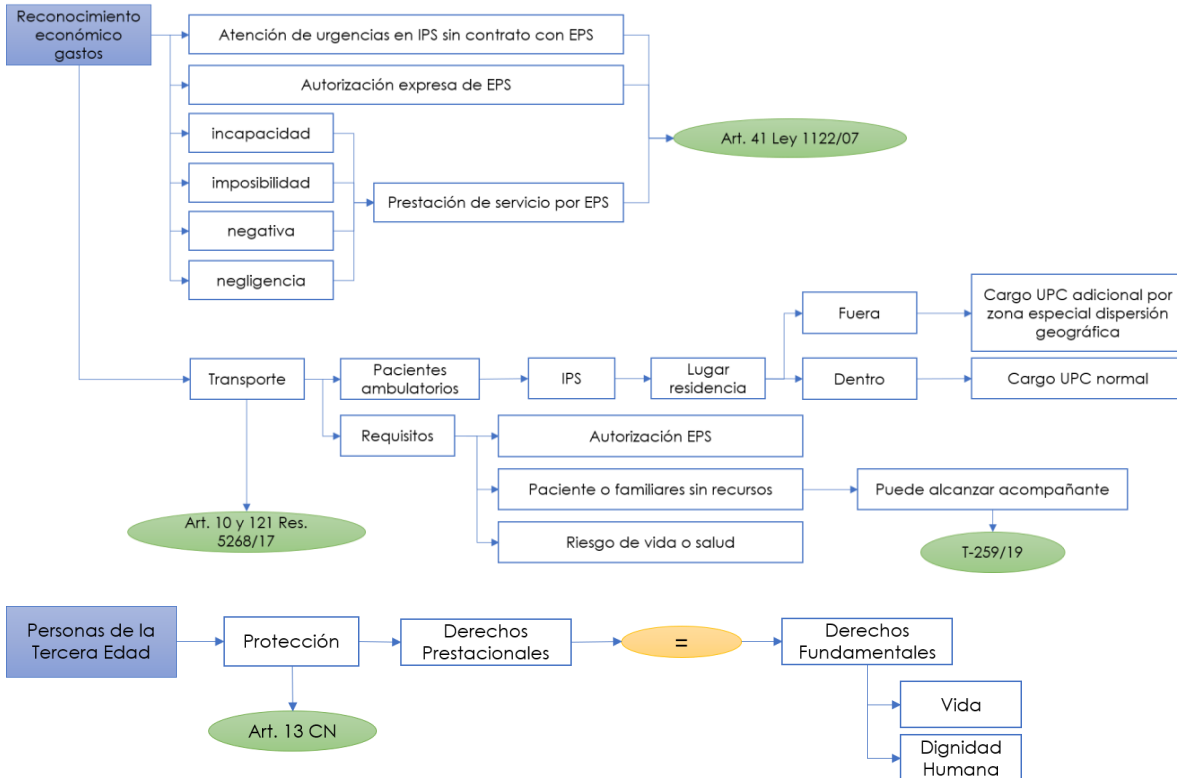
Adicionalmente, el Despacho recordó que la responsabilidad de la EPS, no termina con el hecho de generar la autorización del servicio, sino que está obligada a velar por su prestación efectiva y oportuna, sin que le sea posible trasladar su obligación a terceros.

Corolario de lo anterior, acorde con la jurisprudencia, la normatividad vigente y el pronunciamiento técnico plasmado del caso estudiado, evidenció el Despacho que había lugar a ordenar a la EPS el reconocimiento económico y pago de los gastos en que incurrió el demandante y su acompañante por concepto de transporte, alojamiento y alimentación, en la cuantía demostrada dentro del proceso.

## DECISIÓN

Conforme lo expuesto, el Despacho accedió parcialmente a las pretensiones, ordenando a la EPS que, en un término perentorio, reconociera y procediera al pago de las sumas demostradas en que se incurrió el demandante por concepto de gastos de transporte, alojamiento y alimentación del paciente y su acompañante.

### Para Tener en Cuenta:



## 3.6. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE LAS EXCEPCIONES PREVISTAS FRENTE AL DEBER DE ASUMIR EL COSTO DE LOS PAGOS MODERADORES POR PARTE DE LOS USUARIOS

SENTENCIA S2021-000209  
 PROCESO J-2018-1640

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, el demandante pretendía que la Superintendencia delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada el reconocimiento económico de los gastos en que incurrió por concepto de la atención de urgencias prestada a su señora madre.

La EPS justificó su negativa al pago, indicando que autorizó los servicios requeridos en atención a la patología que padecía la paciente, garantizando el acceso a los servicios de salud que requería, a lo cual se acompaña que el demandante nunca presentó reclamación o solicitud de reembolso que permitiera a la EPS pronunciarse.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si era procedente o no ordenar a la EPS el reembolso de los gastos en que incurrió el demandante por la atención de urgencias que le fue prestada a su señora madre.

## **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO**

Como parte de sus apreciaciones generales, el despacho inició planteando la seguridad social como un servicio público obligatorio a cargo del Estado y sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, a los cuales también debe sujetarse la salud desde el ámbito de servicio; pues como derecho se encuentra inmerso en los mandatos de continuidad, integralidad e igualdad.

Asimismo, refirió que la salud como derecho se compone de los elementos esenciales que fijan los límites para su regulación y que le otorgan su razón de ser, entre los cuales se encuentran la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad e idoneidad profesional.

Momento a partir del cual, examinó la naturaleza jurídica de las cuotas moderadoras y los Copagos, al tenor de lo dispuesto en el art. 187 de la Ley 100 de 1993, indicando frente a las primeras que dentro del sistema se contemplan como pagos dirigidos a racionalizar los servicios, los cuales son aplicables a los afiliados cotizantes con este fin exclusivo y a los beneficiarios con el propósito adicional de complementar la financiación del plan obligatorio; buscando a partir de allí, evitar desgastes innecesarios en la prestación del servicio.

Y los segundos, se prevén para complementar y fortalecer la financiación de los servicios prestados, respectivamente. Todos ellos en observancia de los principios de equidad, información al usuario, aplicación general, no simultaneidad y dentro de los parámetros previstos para la determinación de su costo, según el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, tanto para éste como para el beneficiario, sin exceder los topes máximos previstos en el Acuerdo 260 de 2004.

En ese punto, recordó que el citado acuerdo contempla unos servicios exentos de cobro de copagos, entre los cuales se encuentran:

- a.- Servicio de promoción y prevención
- b.- programas de control en atención materno infantil.
- c.- programas de control en atención de las enfermedades transmisibles
- d.- enfermedades catastróficas o de alto costo.

e.- atención inicial de urgencias.

f.- Servicios que estén sujetos al cobro de cuotas moderadoras.

Al margen de lo cual, insistió en que se vulneran los derechos de los pacientes si la EPS o IPS exige como condición previa para acceder a los servicios del sistema, la cancelación de los copagos o cuotas moderadoras previstas en la ley, cuando el interesado carece de capacidad económica para asumirlos.

Al respecto, refirió que la H. Corte Constitucional en sentencia T-760 de 2008, ha reconocido que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud, sin ser excluida, cuando estos hagan parte del Plan Obligatorio de Salud o respondan al principio de necesidad sin que la persona que lo requiera tenga capacidad para asumir su pago.

Es decir, que no tener capacidad económica no puede convertirse en un obstáculo para acceder al servicio médico y por el contrario permiten su exclusión si:

a.- La persona necesita con urgencia el servicio médico y carece de capacidad económica para asumir el valor de los pagos moderadores, caso en el cual serán cubiertos en su totalidad por la EPS.

b.- La persona requiere el servicio médico y tiene capacidad económica para asumirlo, pero la misma no es inmediata, caso en el cual la EPS deberá asumirlo y brindar oportunidades y formas de pago al usuario.

A partir de lo cual, indicó que los usuarios del SGSSS, pueden acceder al reembolso de los gastos médicos en que hayan incurrido por su cuenta, a través de un proceso judicial, sumario y preferente.

En este sentido, existen tres supuestos fácticos para que opere el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido un afiliado por dicho concepto, siendo estos según el art. 41 de la Ley 1122 de 2007:

a.- Haber sido atendido por urgencias en una IPS sin contrato con la EPS del afiliado.

b.- Haber sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.

c.- Cuando la EPS esta incapacitada, imposibilitada, se niega injustificadamente o existe negligencia demostrada que no permitan cubrir las obligaciones para con el usuario.

En cuanto al caso en concreto, para efectos de emitir el correspondiente fallo, el Despacho, atendiendo a los principios que enmarcan el procedimiento judicial, en pro de determinar la existencia de alguno de los supuestos fácticos que vienen de enlistarse,

señaló que tendría en cuenta las documentales obrantes en el expediente, la Ley, la literatura y doctrina médica, además solicitó a un funcionario, profesional de medicina, adscrito a la Superintendencia Delegada, revisar la documental médica, quien indicó que la paciente en el momento de ingresar a la IPS no presentaba una urgencia y por lo tanto el cobro realizado obedeció a un copago.

Es decir, a partir del material probatorio allegado al plenario, el Despacho logró evidenciar:

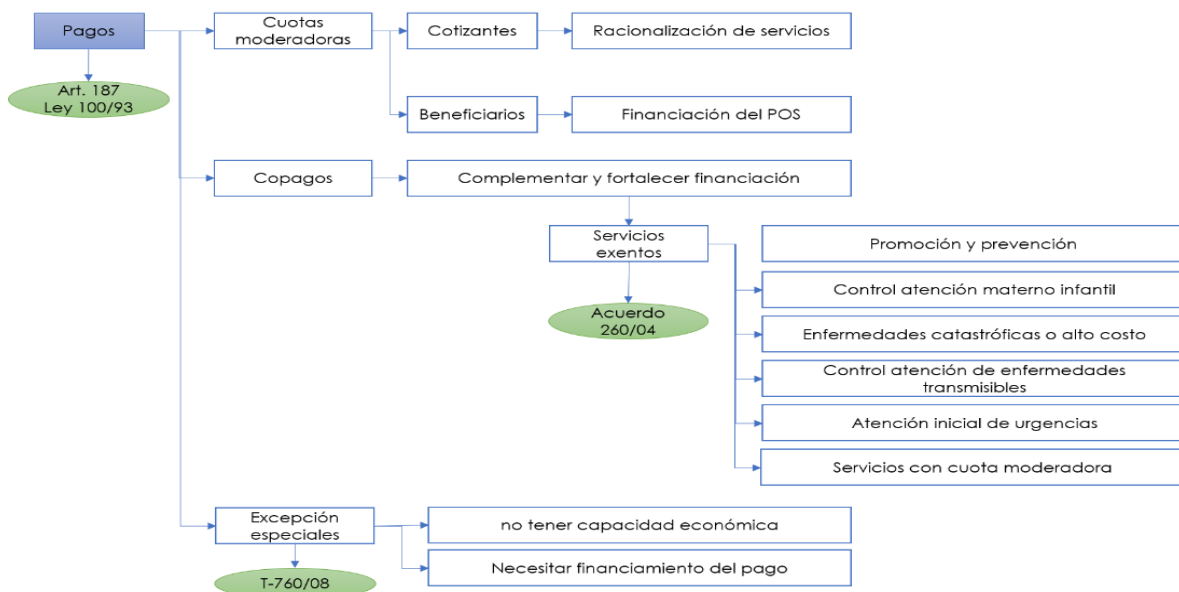
- 1.- Que la paciente ingresó a la IPS.
- 2.- Que, sin embargo, el motivo de ingreso a la IPS no representaba una urgencia vital, tampoco estaba dentro de los servicios exentos de cobro, ni de los servicios y eventos catalogados como de alto costo según la Resolución 2481 de 2020.
- 3.- Que, pese a lo anterior, la paciente fue atendida en la IPS.
- 4.- Que el costo de la atención fue con cargo a la EPS y con la generación de un copago a cargo del usuario, sin que se haya acreditado falta de capacidad para asumir su costo o la necesidad de su financiación.

Por lo tanto, concluyó el despacho que la paciente estaba obligada a asumir el valor del copago generado en atención a la prestación del servicio; en tanto que no se configuró al a su favor, ninguna de las excepciones previstas como eximente del mismo.

**DECISIÓN**

Conforme lo expuesto, el Despacho No accedió a las pretensiones del demandante, negando el reembolso de los gastos asumidos como copago por la atención brindada.

**Para Tener en Cuenta:**



### **3.7. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR CONCEPTO DE TRANSPORTE, HOSPEDAJE Y ALIMENTACIÓN EN CASO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS NO URGENTES**

SENTENCIA S2019-001253  
PROCESO J-2019-0468

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, la demandante pretendía que la Superintendencia delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada el reconocimiento económico de los gastos en que incurrió por concepto de transporte, alojamiento y alimentación, al trasladarse a una ciudad distinta a la de su residencia para asistencia a consulta y realización de procedimiento médico.

La EPS justificó su negativa al pago, indicando que la demandante no solicitó autorización para realizarse el procedimiento, el cual fue tramitado en forma electiva, sin cumplir con los criterios de una urgencia vital y sin hacer parte del Plan Obligatorio de Salud. Adicional a lo cual, informó que la EPS no actuó con incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia.

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si era procedente o no ordenar a la EPS el reembolso de los gastos en que incurrió la demandante por concepto de viáticos correspondientes a transporte, alojamiento y alimentación, con el fin de asistir a consulta especializada y para la realización de un procedimiento médico en una ciudad diferente a la de su residencia.

#### **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO**

Como parte de sus apreciaciones generales, el despacho inició planteando que los usuarios del SGSSS, pueden acceder al reembolso de los gastos médicos en que hayan incurrido por su cuenta, a través de un proceso judicial, sumario y preferente.

Respecto del cual, existen tres supuestos fácticos para que opere el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido un afiliado por dicho concepto, siendo éstos según el art. 41 de la Ley 1122 de 2007:

- a.- Haber sido atendido por urgencias en una IPS sin contrato con la EPS del afiliado.
- b.- Haber sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
- c.- Cuando la EPS esta incapacitada, imposibilitada, se niega injustificadamente o existe negligencia demostrada que no permitan cubrir las obligaciones para con el usuario

Asimismo, indicó que desde la Resolución 5261 de 1994 contentiva del manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, cuando en el municipio en que reside un paciente no cuente con algún servicio requerido podrá remitirlo al municipio más cercano que cuente con él, precisando que los gastos de traslado serán a cargo del paciente.

Es decir, que por regla general el transporte y hospedaje del paciente y su acompañante no constituyen servicios médicos, por lo cual, están a cargo del usuario o sus familiares, salvo que:

a.- Se trate de urgencias

b.- Se trate de pacientes internados que requieran atención complementaria, entendiéndose: i.- la remisión en ambulancia de una IPS a otra, por cuanto la primera no cuenta con el servicio requerido; ii.- el traslado en ambulancia para recibir atención domiciliaria bajo responsabilidad de la EPS, según criterio del médico tratante y iii.- la necesidad de un paciente ambulatorio de acceder a un servicio no disponible en el municipio de residencia y que requiera transporte diferente a una ambulancia.

c.- En aquellos casos en los cuales el paciente y sus familiares no cuentan con la capacidad económica para asumir dichos costos y ello limita el goce efectivo del derecho a la salud del usuario por la imposición de obstáculos, momento en el que se entenderán incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud.

A lo cual se adicionó, que según las normas vigentes para la fecha de los hechos, entre ellas, la Resolución 6408 de 2016, cuando un paciente requiera el servicio de transporte en un medio diferente a una ambulancia, con el fin de acceder a una atención incluida en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la cual no esté disponible en el lugar de residencia del paciente, dicho costo será asumido por los municipios o corregimientos con cargo a la prima adicional para la zona especial por dispersión geográfica en los lugares donde este rubro sea reconocido como apoyo en atención a la menor densidad poblacional y en los que no, con cargo a la Unidad de pago por Capitación al presumir que en el domicilio del usuario existe la capacidad para su atención, regla aplicable además en relación con otra clase de viáticos.

Por lo tanto, refirió el Despacho que toda persona tiene derecho a que se remuevan las barreras y obstáculos que le impidan acceder a los servicios de salud que necesita, en especial cuando el acceso a estos implica desplazarse a un lugar distinto a su residencia y no se cuenta con los recursos para asumir dicho costo, caso en el cual debe hacerlo la EPS.

En cuanto al caso en concreto, para efectos de emitir el correspondiente fallo, el Despacho, atendiendo a los principios que enmarcan el procedimiento judicial, en pro de determinar la existencia de alguno de los supuestos fácticos que vienen de enlistarse, solicitó a un funcionario, profesional de medicina, adscrito a esta Superintendencia

Delegada, revisar la documental médica, quien indicó que la paciente presenta una patología crónica, que no corresponde a una urgencia, pero se circunscribe al deber que le asiste a las EPS en cuanto al principio de integralidad, esto es garantizar todos los servicios que los médicos consideren científicamente necesarios para el restablecimiento de la salud de los usuarios, en condiciones de calidad y oportunidad.

Es decir, a partir del material probatorio allegado al plenario, el Despacho logró evidenciar, que:

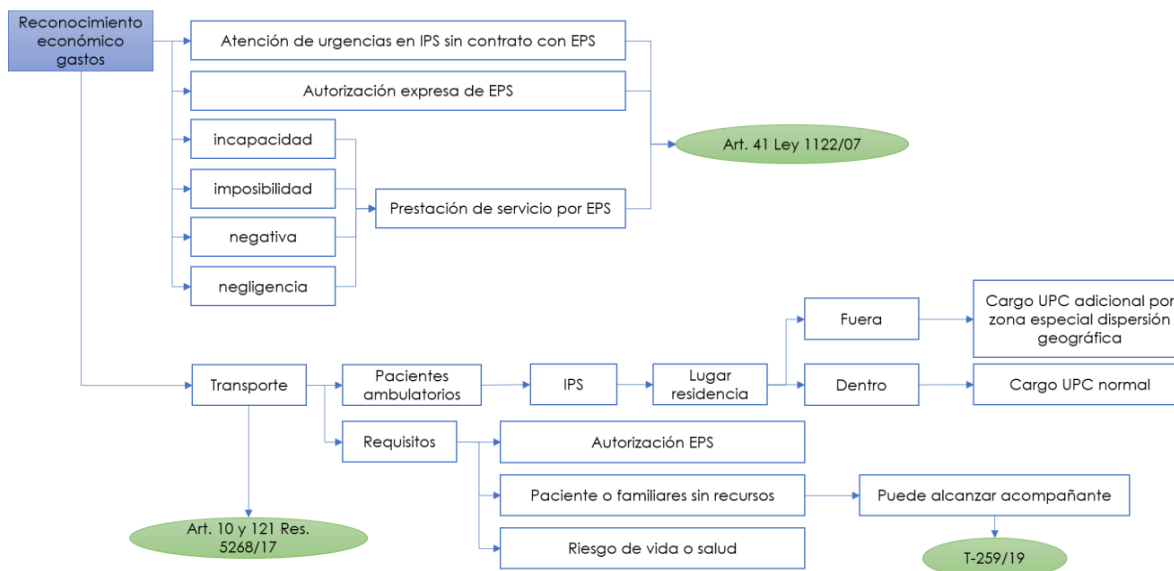
- 1.- La EPS conocía la patología que padecía la demandante y autorizó el procedimiento requerido por ésta, remitiéndola a un prestador ubicado en un municipio distinto al de su residencia.
- 2.- Ni el paciente, ni sus familiares cercanos contaban con los recursos suficientes para asumir el costo del traslado, hospedaje y los viáticos, entendiéndose que no se desvirtuó por parte de la EPS la afirmación realizada por el demandante.
- 3.- Al no desvirtuarse dicha afirmación, es la EPS quien se encuentra obligada a remover las barreras y obstáculos que impiden a la demandante acceder a los servicios de salud que requiere, cubriendo para ello, los gastos que por concepto de transporte, alojamiento y alimentación tuvo que cubrir la paciente para acceder a los servicios médicos ordenados.

Corolario de lo anterior, acorde con la jurisprudencia, la normatividad vigente y el pronunciamiento técnico plasmado del caso estudiado; el Despacho evidenció que había lugar a ordenar a la EPS el reconocimiento económico y pago de los gastos en que incurrió la demandante por concepto de asistencia a la consulta especializada y práctica del procedimiento, en la cuantía demostrada dentro del proceso.

## **DECISIÓN**

Conforme lo expuesto, el Despacho accedió parcialmente a las pretensiones, ordenando a la EPS que, en un término perentorio, reconociera y procediera al pago de las sumas demostradas en que incurrió la demandante por concepto de asistencia a consulta especializada y el procedimiento quirúrgico practicado.

**Para Tener en Cuenta:**



**3.8. SUPERSALUD SE PRONUNCIA SOBRE EL REEMBOLSO DE GASTOS POR PROCEDIMIENTOS PRACTICADOS SIN CONOCIMIENTO Y EN IPS AJENAS A LA RED DE PRESTADORES DE LA EPS, BAJO LA EXISTENCIA DE PLAN DE MEDICINA PREPAGADA**

SENTENCIA S2021-000161  
 PROCESO J-2019-0909

Haciendo uso de la acción jurisdiccional, el demandante a través de apoderado pretendía que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ordenara a la EPS demandada el reconocimiento económico de los gastos en que incurrió por concepto del procedimiento quirúrgico practicado a su esposa.

Para tal efecto, el demandante indicó que la paciente era una persona de la tercera edad, diagnosticada con una enfermedad catastrófica, a la que le fue practicado un procedimiento quirúrgico a través del Plan de Medicina Prepagada, el cual, una vez agotado el tope de la póliza, obligó al demándate a asumir el costo de este.

La EPS, pese a ser notificada, no se pronunció frente a los hechos antes referidos, no obstante, de los documentos obrantes en el expediente, se evidenció que la negativa al pago se sustentó en que la IPS donde se llevó a cabo el procedimiento, no hacía parte de la red de prestadores y antes del recobro, no se presentó solicitud dirigida a obtener su autorización.

Con el fin de contar con material probatorio necesario, el despacho requirió a la IPS, donde fue atendido el usuario, con el fin de que se pronunciara sobre los hechos y pretensiones de la demanda.

A su vez, la IPS, se pronunció señalando que la paciente fue atendida como afiliada a Medicina Prepagada, al margen de tener contrato vigente con la EPS solicitó autorización del servicio que excedía el valor de la póliza y fue negado

De esta manera, el problema jurídico se centró en establecer si era procedente o no ordenar a la EPS el reembolso de los gastos en que incurrió el demandante con ocasión de la práctica de un procedimiento quirúrgico realizado a su esposa, por concepto del excedente del valor asumido por la póliza de medicina prepagada.

### **CONSIDERACIONES DEL DESPACHO**

Como parte de sus apreciaciones generales, el despacho inició planteando que los usuarios del SGSSS, pueden acceder al reembolso de los gastos médicos en que hayan incurrido por su cuenta, a través de un proceso judicial, sumario y preferente.

Respecto del cual, existen tres supuestos fácticos para que opere el reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido un afiliado por dicho concepto, siendo estos según el art. 41 de la Ley 1122 de 2007:

- a.- Haber sido atendido por urgencias en una IPS sin contrato con la EPS del afiliado.
- b.- Haber sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica.
- c.- Cuando la EPS esta incapacitada, imposibilitada, se niega injustificadamente o existe negligencia demostrada que no permitan cubrir las obligaciones para con el usuario.

Sin embargo, advirtió que el reconocimiento económico opera en casos excepcionales, pues de acuerdo con la conformación del SGSSS, los usuarios que pretendan la determinación de un diagnóstico o la práctica de un procedimiento deben previamente acudir a las clínicas y médicos que ofrece su EPS, quien estará obligada a prestar los servicios requeridos y de no hacerlo, hará procedente entonces el reconocimiento económico a que haya lugar, según la causal que se configure.

En cuanto al caso en concreto, para efectos de emitir el correspondiente fallo, el Despacho, atendiendo a los principios que enmarcan el procedimiento judicial, en pro de determinar la existencia de alguno de los supuestos fácticos que vienen de enlistarse, señaló que tendría en cuenta las documentales obrantes en el expediente, la Ley, la literatura y doctrina médica, además solicitó a un funcionario, profesional de medicina, adscrito a la Superintendencia Delegada, revisar la documental médica, quien previo análisis y resumen del procedimiento realizado a la paciente, indicó que el procedimiento no respondió a una urgencia, pues estaba programado y la parte

demandante no realizó trámite para que se otorgara la autorización por parte de la EPS, quien solo tuvo conocimiento de los hechos cuando la póliza había sido excedida a la finalización del procedimiento, fecha desde la EPS debería asumir la cobertura.

Es decir, a partir del material probatorio allegado al plenario, el Despacho logró evidenciar:

1.- La paciente fue programada para la realización de procedimiento quirúrgico con anterioridad a su ingreso por urgencias, en una IPS elegida voluntariamente y sin conocimiento de la EPS a la que se encontraba afiliada.

2.- La EPS no tuvo conocimiento del procedimiento, sino hasta una vez practicado el mismo.

Hallazgos que llevaron al despacho, a considerar que no puede alegarse negligencia, incapacidad o falta de atención por parte de la EPS en favor de la paciente, cuando el afiliado voluntariamente contrató con una clínica o médico privado, pues carece de razonabilidad que se recobre el servicio a una EPS que no tenía conocimiento de que se habría de prestar el mismo.

En consecuencia, acorde con la jurisprudencia, la normatividad vigente y el pronunciamiento técnico plasmado del caso estudiado, evidenció el Despacho que NO había lugar a ordenar a la EPS el reconocimiento económico y pago de los gastos en que incurrió el demandante con ocasión de la práctica de un procedimiento quirúrgico realizado a su esposa, por conceto del excedente del valor asumido por la póliza de medicina prepagada.

Finalmente, se dejó de presente que se compulsaría copias a la IPS que practicó el procedimiento, por no haberle informado oportunamente a la EPS a la que se encontraba afiliada la paciente, esto es, antes de su realización.

## **DECISIÓN**

Conforme lo expuesto, el Despacho No accedió a las pretensiones del demandante, negando el reembolso de los gastos asumidos por parte del demandante.

### Para Tener en Cuenta:

