


Supersalud 	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SENTENCIA

S2017 - 000986

21 DIC 2017

REFERENCIA:	NURC	1-2016-077600	FECHA:	09/06/2016
EXPEDIENTE:	J-2016-1111			
DEMANDANTE:	EUFEMIA OREJUELA DE RENDÓN			
DEMANDADO:	COOMEVA EPS S.A.			

La Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, en uso de las funciones jurisdiccionales consagradas en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado y adicionado por los artículos 126 y 127 de la Ley 1438 de 2011, emite la presente providencia judicial.


1. ANTECEDENTES:

1.1. PETICIÓN.

La señora EUFEMIA OREJUELA DE RENDÓN, identificada con la cédula de ciudadanía número 29.588.074 de la Cumbre, Valle del Cauca, radicó demanda en contra de COOMEVA EPS S.A., tendiente al reembolso de cinco millones setecientos cinco mil trescientos setenta y ocho pesos (\$5.705.378,00), gastos en que incurrió por valor de prótesis de titanio requerida para reemplazo de cadera y medicamentos.

1.2. HECHOS.

- 1.2.1. El 5 de noviembre de 2015 sufrió desmayo al ingresar a su vivienda, por lo que no le fue posible levantarse, debido al dolor que presentaba en su pierna, siendo conducida a la CLÍNICA IMBANACO, ese mismo día.
- 1.2.2. Tras varios exámenes diagnósticos, entre estos radiografía de pelvis, se estableció que presentaba fractura de cadera.
- 1.2.3. El 7 de noviembre de 2015 fue operada por el traumatólogo Alvin Gerald Bent Padilla, con cargo a Coomeva Medicina Prepagada. Antes de la cirugía debió pagar la suma de \$5.000.000,00, valor de la prótesis de titanio y un depósito de \$438.000,00.
- 1.2.4. El valor de los medicamentos y la estadía fue pagado por la EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA COOMEVA. Los medicamentos omeprazol, clexana, acetaminofen y cefalexina, fueron cancelados por COMFANDI. Las inyecciones de clexane fueron entregadas por COPSERVIR LTDA., por valor de \$676.700,00.
- 1.2.5. El 11 de noviembre de 2015, ingresó de nuevo al Centro Médico Imbanaco, servicio de urgencias.

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

1.3. TRÁMITE PROCESAL.

Por auto del 12 de julio de 2016, se admitió la demanda, se dispuso requerir a COOMEVA EPS S.A., al CENTRO MÉDICO IMBANACO, correr traslado a la demandada, notificar a las partes y tener como pruebas los documentos aportados con la demanda.

1.4. PRUEBAS.

Previo a las consideraciones del caso, es menester declarar que el Despacho admite las pruebas que fueron aportadas al expediente, vistas a folios 3 a 19, a las que se les dará el valor que en derecho corresponda, en la medida de que no fueron tachadas de falsedad y gozan de presunción de legalidad.

1.5. RESPUESTA DE COOMEVA EPS S.A.

La abogada NELLY STELLA SANTANILLA MÉNDEZ, apoderada de COOMEVA EPS S.A., contestó la demanda con NURC 1-2016-119926, en término. De los argumentos expuestos por la apoderada de la demandada, el despacho procederá a pronunciarse en la parte considerativa de la presente providencia.

2. CONSIDERACIONES DEL DESPACHO.

2.1. PROBLEMA JURÍDICO.

Consiste en dilucidar si le asiste derecho a la demandante para que COOMEVA EPS S.A., le reembolse los gastos en qué incurrió por concepto de prótesis de titanio, medicamentos e inyecciones que le fueron suministrados con ocasión de cirugía de reemplazo de cadera que le fue practicada.


2.2. CONSIDERACIONES GENERALES.

En los precisos términos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, los usuarios del Subsistema General de Seguridad Social en Salud pueden pretender mediante un procedimiento preferente y sumario, el reembolso de los gastos médicos que hayan hecho por su cuenta.

Analizado el texto de la norma en comento, lógico resulta entender que si bien es cierto las EPS son las directamente responsables de la prestación de los servicios de salud de sus afiliados en forma integral, eficiente y oportuna, a través de las diferentes IPS, su inejecución habilita al usuario para solicitarle el reembolso de los gastos en los que incurrió, en caso de haber sido atendido en una IPS que no haga parte de la red de prestadores de servicios de la EPS.

No hay que olvidar que los servicios que les corresponde prestar a las EPS deben ser suministrados en condiciones de calidad, oportunidad y eficacia, para que de esa forma se garantice la protección integral y los demás principios y fundamentos señalados en la Ley 100 de 1993.

Conforme a los artículos 48 y 49 la Constitución Política en consonancia con los artículos 153 y 156 de la Ley 100 de 1993, establecen que el servicio a la salud debe ser prestado conforme a los principios de eficacia, igualdad, moralidad, economía, celeridad, imparcialidad, publicidad e integralidad, lo que implica que tanto el Estado como las entidades prestadoras del servicio de salud tienen la obligación de garantizar y materializar dicho servicio sin que existan barreras o pretextos para ello.

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

Es así, como la Honorable Corte Constitucional en sentencia T-576 de 2008, precisó el contenido del principio de integralidad, de la siguiente manera:

“(...) la atención en salud debe ser integral y por ello, comprende todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes de diagnóstico y seguimiento de los tratamientos iniciados, así como todo otro componente que los médicos valoren como necesario para el restablecimiento de la salud del/ de la (sic) paciente”.

A renglón seguido señala:

“(...) las entidades que participan en el Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS - deben prestar un tratamiento integral a sus pacientes, con independencia de que existan prescripciones médicas que ordenen de manera concreta la prestación de un servicio específico. Por eso, los jueces de tutela deben ordenar que se garantice todos los servicios médicos que sean necesarios para concluir un tratamiento.”

Continuando con la argumentación, el principio de integralidad comprende dos elementos:

“(i) garantizar la continuidad en la prestación del servicio

“(ii) Evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología”.

Por lo que conlleva a que la prestación del servicio se realice de manera oportuna, eficiente y con calidad; de lo contrario se vulneran los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud.

En tal contexto, se procede a decidir el caso *sub iúdice*.


2.3. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO.

Según versión de la demandante, Eufemia Orejuela de Rendón, debido a un desmayo, acaecido al ingresar a su casa el 5 de noviembre de 2015, sufrió fractura de cadera, debiendo ser trasladada a la Clínica Imbanaco de Cali, siendo operada el 7 de noviembre de 2015, reemplazo parcial de cadera SOD, en el Centro Médico Imbanaco y egresando ese mismo día. COOMEVA MEDICINA PREPAGADA asumió el costo de los honorarios médicos. La prótesis de titanio que debió colocarse la asumió de manera particular por valor de \$5.000.000,00. Así mismo, debió comprar medicamentos por valor de \$28.678,00 e inyecciones de Clexene por valor de \$676.700,00. Solicita le sea reembolsadas estas sumas de dinero.

COOMEVA EPS S.A., describió el traslado de la demanda arguyendo, en lo fundamental, lo siguiente: (i) la usuaria se sometió a procedimiento de reemplazo de cadera a través de ordenes emitidas por COOMEVA Medicina Prepagada; (ii) COOMEVA EPS no ha recibido solicitudes desde enero de 2015; (iii) El cobro de lo no cubierto por el plan de medicina prepagada debe ser parte de la no cobertura.

El Despacho advierte que el caso bajo análisis versa sobre el estado de salud de una usuaria de **94 años 7 meses y 22 días** de edad para la época de los hechos, sujeto de especial protección constitucional.

Al respecto se precisa que la Constitución Política tiene cláusulas que identifican sujetos de especial protección constitucional respecto de quienes la garantía del derecho a la salud debe reforzarse en virtud del alto grado de vulnerabilidad en que se encuentran.

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

Así, se han identificado algunos grupos sociales específicos como los menores de edad¹, las personas de la tercera edad² y los discapacitados³ respecto de quienes el derecho a la salud adquiere el carácter de derecho fundamental autónomo⁴, pues tal y como lo advierte de manera expresa el artículo 13 de la Carta y otras normas en la misma Carta Política, es posible establecer diferenciaciones positivas justificadas, que permitan contrarrestar la condición de vulnerabilidad o debilidad manifiesta de estos grupos sociales.

En efecto, cuando una persona cuya especial situación de vulnerabilidad ha sido reconocida por la misma Constitución Política, manifiesta que se requiere la protección de su derecho a la salud, tendrá efectivamente la posibilidad de reclamar del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) una pronta y eficaz atención⁵.

Por ello, cuando quien reclama la protección de tales derechos prestacionales es una persona de la tercera edad o mayor adulto – como es el presente caso, encuentra especial respaldo en el artículo 13 Superior, que al disponer expresamente el trato especial que merece, este grupo social lleva consecuentemente a que los referidos derechos prestacionales se tornen automáticamente en fundamentales, y se posibilite que los mismos sean protegibles por vía de la acción de tutela, sin que se requiera demostración de conexidad con derecho fundamental alguno.

“En efecto, la jurisprudencia ha señalado que en el caso de las personas de la tercera edad, esos derechos se tornan fundamentales de manera autónoma en virtud de la especial protección que la Carta Política da a las personas que se encuentran en dichas circunstancias, dadas sus características de especial vulnerabilidad y su particular conexidad en ese evento con los derechos a la vida y a la dignidad humana⁶.

“Es tarea del juez constitucional analizar las particularidades del caso concreto para determinar si en efecto la violación de los derechos a la salud o a la seguridad social conlleva un desconocimiento del derecho a la vida (art. 11 C.P.) o a otro derecho de rango fundamental⁷ y las circunstancias en que se encuentra el peticionario, entendiéndolo la vida no sólo como la mera existencia biológica sino íntimamente relacionada con la dignidad de la persona, es decir, el derecho que tiene el ser humano a tener una vida digna^{8,9}.”

En consecuencia, cuando las condiciones de salud de una persona de la tercera edad comprometen cada vez más sus condiciones de vida digna, e incluso ponen en peligro su propia existencia, es evidente que esa persona tiene todo el derecho de reclamar la protección oportuna y eficaz de su derecho a la salud, sin que para ello deba demostrar nada más que la clara vulneración de tal derecho, por ser éste un derecho fundamental *per se*. Así dijo la Corte:

“Los adultos mayores necesitan una protección preferente en vista de las especiales condiciones en que se encuentran y es por ello que el Estado tiene el deber de garantizar los servicios de seguridad social integral a estos, dentro de los cuales se encuentra la atención en salud.

¹ Sentencia SU-225 de 1998.

² Sentencia T-1081 de 2001, reiterada en las sentencias T-004 de 2002 y T-111 de 2003.

³ Sentencia T-850 de 2002. En este fallo, la Corporación consideró que una prestación de salud se torna fundamental, entre otros, en los siguientes eventos: (a) cuando debido a las condiciones físicas, mentales, económicas o sociales en las que (a una persona) le corresponde vivir disminuyen significativamente su capacidad para enfrentar la enfermedad, siempre y cuando; (b) el Estado o la sociedad tengan la capacidad para enfrentarla sin sacrificar otro bien jurídico de igual o mayor valor constitucional y; (c) la prestación solicitada sea necesaria i) para sobrepasar las barreras que le impiden llevar su vida con un grado aceptable de autonomía, ii) para mejorar de manera significativa las condiciones de vida a las que lo ha sometido su enfermedad y iii) para evitar una lesión irreversible en aquellas condiciones de salud necesarias para ejercer sus derechos fundamentales.

⁴ Ver sentencias T-1081 de 2001, T-850 de 2002, T-859 de 2003 y T-666 de 2004.


⁵ Ver sentencia T-548 de 2007.

⁶ Ver las sentencias T-036 de 1995 y T-04 de 2002.

⁷ Ver sentencias T-271 de 1995, SU-480 de 1997 y T-015 de 2002.

⁸ Ver al respecto las sentencias T-067 de 1994.

⁹ Sentencia T-441 de 2005.

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

“La atención en salud de personas de la tercera edad se hace relevante en el entendido en que es precisamente a ellos a quienes debe procurarse un urgente cuidado médico en razón de las dolencias que son connaturales a la etapa del desarrollo en que se encuentran.”

“Bajo este supuesto, la acción de tutela es un mecanismo idóneo para lograr la eficacia de la atención en salud de dichas personas, pues, como ha explicado la Corte, el derecho a la salud es fundamental respecto de ‘menores y de personas de la tercera edad en razón de su condición de vulnerabilidad que requiere de una especial atención y consideración’¹⁰.

Previa esta consideración, se advierte que la accionante en el momento de los hechos tenía doble cobertura, por un lado estaba afiliada a COOMEVA EPS y, por el otro, había contratado un PLAN DE MEDICINA PREPAGADA con esa misma compañía, no pudiendo concluirse de ninguna manera que una excluye a la otra; por el contrario, el contrato de MEDICINA PREPAGADA no se puede llevar a cabo si no se está afiliado al Plan Obligatorio de Salud, de manera tal que en el evento que exista una patología, tratamiento o medicamento excluido por una, pueda ser cubierta por el otra¹¹.

Así lo establece el artículo 20 del Decreto 806 de 1998¹² *“Los contratos de planes adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios”.*

En este punto del análisis es importante reseñar la diferencia que existe entre los servicios prestados por las Entidades Promotoras de Salud referente al Plan Obligatorio de Salud, POS, y los Planes Voluntarios de Salud, PVS, antes denominados Planes Adicionales de Salud, PAS, asunto respecto del cual la Corte Constitucional se pronunció en Sentencia T-1132 del 28 de noviembre de 2003, en el siguiente sentido:

“4. Prestación del servicio de salud a través de los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) y el Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.)

El Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla la posibilidad de acceder al Plan Obligatorio de Salud (P.O.S) que prestan las Entidades Promotoras de Salud, así como a los Planes Adicionales de Salud (P.A.S.) que pueden ser prestados por las mismas E.P.S. cuando se trata de los denominados planes de atención complementarios en salud, o por entidades de medicina prepagada o por aseguradoras que ofrecen pólizas de salud.


El fin que persigue la existencia normativa de estos dos tipos de planes de salud es proporcionar una mayor cobertura en la prestación del servicio. Así los Planes Adicionales de Salud ofrecen un mayor cubrimiento que el proporcionado por el Plan Obligatorio de Salud, que resulta limitado frente al tratamiento de algunas enfermedades y el suministro de algunos procedimientos y medicamentos.

La diferencia sustancial entre estas dos clases de planes estriba en que el Plan Obligatorio de Salud que es prestado en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es de carácter obligatorio y se financia con aportes y cotizaciones obrero -

¹⁰ Sentencia T-540 de 2002

¹¹ (i) *Los contratos para la prestación de servicios adicionales de salud no pueden ser celebrados ni renovados con personas que no se encuentren afiliadas al POS.* Así lo establece el artículo 20 del Decreto 806 de 1998[13]. La omisión de esta disposición obliga a la empresa a responder por la atención integral en salud de su afiliado sin consideración a las limitaciones pactadas pues, de no hacerlo, la persona podría verse desprotegida ante las amenazas a la vida y a la salud no cubiertas por el plan de medicina prepagada[14]. CORTE CONSTITUCIONAL SENTENCIA T 015 de 2011.

¹² La omisión de esta disposición obliga a la empresa a responder por la atención integral en salud de su afiliado sin consideración a las limitaciones pactadas pues, de no hacerlo, la persona podría verse desprotegida ante las amenazas a la vida y a la salud no cubiertas por el plan de medicina prepagada[14].

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

patronales, mientras que los Planes Adicionales de Salud no tienen el carácter de obligatorios, se financian en su totalidad con recursos distintos a las cotizaciones y, como su nombre lo indica, son de carácter adicional o accesorio al Plan Obligatorio de Salud P.O.S. por obedecer a la libre voluntad del afiliado.

Así, la Corte ha establecido que *"se trata de dos relaciones jurídicas distintas, una derivada de las normas imperativas propias de la seguridad social y otra proveniente de la libre voluntad del afiliado, quien, con miras a mejorar la calidad de los servicios que recibe de la EPS, resuelve incurrir en una mayor erogación, a su costa y por encima del valor de las cuotas a las que legalmente está obligado, para contratar la medicina prepagada a manera de plan de salud complementario del básico"*^[3].

De esta manera es claro que quien es cotizante o beneficiario de las dos clases de planes (obligatorio y adicional) goza de la facultad de escoger la entidad encargada de prestarle los servicios de salud, pudiendo optar entre la prestación del Plan Obligatorio de Salud y el Plan Adicional de Salud contratado, de acuerdo con las coberturas y requerimientos específicos para el tratamiento de su enfermedad.

Tal posibilidad la estableció el inciso final del artículo 18 del D.R. 806/98 cuando señala:

"El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente, si utiliza el POS o el Plan Adicional en el momento de utilización del servicio y la entidad no podrá condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan".


La jurisprudencia constitucional en esta materia así lo ha comprendido, al señalar que esta disposición jurídica permite que los usuarios *"puedan optar libre y voluntariamente, si utilizan o no, en caso de sufrir una contingencia amparada, el POS, si se encuentran afiliados a una EPS, o el "PAS", si poseen un Plan Adicional de Salud, vale decir, pueden acudir a la empresa de medicina prepagada si también poseen un contrato de esta naturaleza, o a otra entidad pública, mixta o privada, si se hallan afiliados al régimen contributivo, sea a través del I.S.S., Cajanal o cualquier otra persona jurídica"*.

Así mismo, la Corte Constitucional ha sido enfática en indicar que las entidades que prestan los PAS no pueden ampararse en la citada norma para liberarse de las obligaciones inherentes al contrato de medicina prepagada o complementaria o a la póliza de salud suscritos con un usuario, remitiendo al paciente a la Empresa Promotora de Salud para que a través del POS se le brinde la atención requerida, pues se desfiguraría la finalidad de los planes adicionales de salud, que buscan ofrecer mejores beneficios, opcionales y voluntarios.

"Si las personas no están obligadas a contratar la medicina prepagada y por ende, tampoco a aumentar el nivel de aportes o de cuotas o mayores erogaciones, mal puede entenderse que la compañía que ofrezca planes de esta naturaleza, esté legal o contractualmente habilitada, para trasladar la responsabilidad que les corresponde, por virtud de un vínculo contractual, a otras relaciones jurídicas existentes entre el mismo usuario, con ocasión de un plan obligatorio de salud (POS) que lo cubra, sea con una persona jurídica pública mixta o privada, máxime cuando, a juicio de la Corte, los artículos 164 de la Ley 100 de 1993 y 18, 19 a 24 del decreto 806 de 1998, protegen al usuario frente a este tipo de conductas de las empresas de medicina prepagada o de las entidades adaptadas o de las mismas aseguradoras".

Es, pues, claro que el usuario es libre de escoger entre el POS o el PAS contratados, acudiendo a las empresas respectivas que prestan uno y otro plan, sin que cada una de ellas pueda escudar su responsabilidad en la otra, salvo que el procedimiento, tratamiento o medicamento requerido por el usuario se encuentre expresamente excluido de las coberturas específicas de cada uno de ellos.

Así las cosas, cuando el usuario goza de un Plan de Medicina Prepagada, además del POS, es libre de escoger entre el POS y el PVS contratados, acudiendo a las empresas respectivas que prestan uno y otro plan, sin que cada una de ellas pueda escudarse en la otra para dejar de hacer, salvo que el procedimiento, tratamiento o medicamento

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

requerido por el usuario se encuentre expresamente excluido de las coberturas específicas de cada una de ellas.

Ahora bien, obra en el expediente copia de la historia clínica de la atención prestada a la señora EUFEMIA OREJUELA DE RENDÓN, en la que se evidencia que ingresó por el servicio de urgencias del Centro Médico Imbanaco, el 5 de noviembre de 2016, a las 18:51, siendo el motivo de consulta: T.I.A. SD CONVULSIVO. Se indicó en la anamnesis:

“Paciente con antecedente de IRC no dializable con hipercalemia, hace 30 minutos manifiesta el familiar que prestan convulsión tónico clónica cayendo desde su propia altura”. (F.55).

La demandante fue hospitalizada en éste prestador el mismo día de su ingreso a las 23.30, y en la interconsulta del 05 de noviembre de 2015, y el médico tratante en la historia clínica anotó:

“(…) dolor a la movilidad de cadera crepito, plan: colocación de prótesis bipolar de cadera derecha, hospitalizar, valoración por medicina interna prequirúrgica”. (F.56, vuelto).

Con fecha 6 de noviembre de 2015, el médico tratante anotó.

“Dia 2 de hospitalización manejo hospitalizada por ortopedia para definir cirugía de cadera ya tiene valoración prequirúrgica por medicina interna no se contraindica cirugía”. (F.57).

Obra, asimismo, en el expediente formato de transferencia de pacientes, en el que se observa que la paciente Eufemia Orejuela de Rendón ingresó al Centro Médico Imbanaco el 5 de noviembre de 2015, como afiliada a COOMEVA MEDICINA PREPAGADA S.A., programa PLATA, y afiliada a COOMEVA EPS S.A. Como motivo de atención se anotó:


“Colocación de prótesis bipolar de cadera derecha”.

Con respecto a las coberturas se anotó:

“Se le informa al paciente las siguientes coberturas. Familiar deja como depósito 5.438.000 para respaldar valor aproximado de la prótesis, recibo de caja # 7966, doctor Juan Fernando Restrepo genera código de autorización #04706836 para cirugía colocación de prótesis bipolar y hospitalización. Cobertura hasta topes y COOMEVA MP no cubre la prótesis. Paciente tiene como EPS COOMEVA, ACTIVO, BENEFICIARIO, RANGO I, SEMANAS COTIZADAS 733, CONSULTA #23154550, ENTREGO CARNE AL SEÑOR JAIME RENDÓN. INFORMACIÓN DE NO CUBRIMIENTOS (EXCLUSIONES): se le informa al paciente las siguientes exclusiones: PLAN CON TOPES EXCEDENTES A CARGO DEL PACIENTE, PLAN PLATA TIENE COBERTURA de Honorarios médicos y/o quirúrgicos tiene cobertura hasta un tope de \$ 3.625.600. Habitación individual sencilla hasta 120 días cubre hasta \$ 144.200 diarios y Gastos hospitalarios tiene cobertura hasta de \$ 3.355.700. Honorarios médicos hasta \$ 3.816.600, habitación hospitalaria individual sencilla, hasta 120 días \$151.800 diarios, PACIENTE Y FAMILIAR están enterados de ésta cobertura”. (F.67).

Requerido el Centro Médico Imbanaco, anotó:

“En el caso de la señora Orejuela, una paciente de 94 años de edad, con antecedentes de insuficiencia renal crónica, hipertensa, con neuropatía y con el trauma agudo de fractura del cuello del fémur, corresponde a una urgencia en paciente adulto mayor. Los cánones médicos definen que los pacientes deben ser

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

intervenidos en las primeras 24 horas o menos, para evitar riesgos de mayores morbilidades y riesgos de mortalidad, por lo tanto, el diagnóstico de fractura de cadera de la paciente Eufemia Orejuela de 94 años de edad, se considera una urgencia a resolver dentro de las 24 horas". (Fls.53 a 54).

Encontrándose hospitalizada la paciente el especialista en traumatología y ortopedia consideró necesario intervenirla quirúrgicamente, por lo que requirió de la colocación de un reemplazo parcial de cadera, siendo necesaria la colocación de prótesis de titanio, el cual indicó que no le era cubierto por la empresa de medicina prepagada, por lo que, sin tener la posibilidad de conocer si la EPS COOMEVA, asumía la entrega de la prótesis que no cubría el pal de medicina prepagada, y vista la condición de la paciente de tan avanzada edad, no tuvo otra opción que cancelar el valor de la prótesis de titanio necesaria para la realización de la cirugía, así como de los medicamentos, incluidas las inyecciones.

Para el Despacho, teniendo en cuenta que encontrándose la señora Eufemia Orejuela de Rendón afiliada a Coomeva E.P.S. y a Coomeva Medicina Prepagada S. A., le asistía el derecho de decidir ante cuál de estas entidades acudía para satisfacer sus demandas de salud, y toda vez que Coomeva Medicina Prepagada se abstuvo de la cobertura de la prótesis de titanio y de los medicamentos, es claro que le correspondía a COOMEVA EPS, asumir la cobertura del material quirúrgico requerido y los medicamentos que no cubría el Plan de Medicina Prepagada.

Se recalca que, de conformidad con la respuesta del CENTRO MÉDICO IMBANACO, el servicio que se le prestó a la paciente constituía una urgencia, toda vez que se trataba de un adulto de 94 años de edad, y teniendo en cuenta los cánones médicos, el diagnóstico de la señora Orejuela, debía ser intervenida dentro de las 24 horas siguientes o menos para evitar riesgos de morbilidades y de mortalidad, es decir que el diagnóstico de la señora EUFEMIA OREJUOLA era una urgencia que debía ser atendida dentro de las 24 horas de su ingreso.


Si bien en el expediente no obra prueba que el prestador de servicios de salud CENTRO MÉDICO IMBANACO haya adelantado los trámites relacionados con el suministro del material de osteosíntesis, esta omisión de la IPS no puede cargarse en contra del usuario, conllevando a que tenga que asumir su costo.

Por las consideraciones anteriormente señaladas, se establece que es procedente ordenar el reembolso solicitado y no son procedentes las excepciones propuestas por la apoderada de la EPS COOMEVA S.A., teniendo en cuenta que la afiliada no tuvo otra opción que cancelar de maneras particular los servicios de salud que le fueron ordenados por el especialista de urgencias, dada la omisión del prestador de la red de COOMEVA EPS S.A., de adelantar el proceso de autorización de servicios ante la respectiva EPS, lo cual implicó que fuera la usuaria quien debiera asumir el costo de la prótesis y los medicamentos requeridos.

La apoderada señaló que no existe obligación de la EPS en cuanto a que el afiliado acudió como paciente particular a la IPS y pago los valores allí indicados sin solicitarlo directamente a la EPS, y además señaló que la solicitud de reembolso fue presentada de manera extemporánea.

Al respecto, se precisa que el plazo para efectuar la reclamación establecido en la resolución 5261 de 1994, no puede entenderse de ninguna manera como un término prescriptivo de la obligación que tiene la EPS de reconocer a sus usuarios/el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud.

En efecto, el plazo en mención corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la propia entidad,

	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

razón por la cual el vencimiento del mismo no puede de manera alguna tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le asisten.

GASTOS SOPORTADOS.

- 1) Factura de Venta No. 2963, CENTRO MÉDICO IMBANACO, por concepto de valor total de materiales, por valor de \$5.015.890,00 (F.8).
- 2) Factura de Venta No. 4101111330, IPS COPSERVIR LTDA., por concepto de compra del medicamento CLENOX X 40 M por valor de \$ 676.700. (F.7).
- 3) Recibo de Caja IPS COMFANDI, por compra de medicamentos TRAMADOL HCL X 10MG, OMEPRAZOL-20 y CEBABAY - CAFALEXINA X 500 MG, por valor de \$28.678,00. (F.6).

En mérito de lo expuesto, esta Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO: RECONOCER PERSONERÍA para actuar en el presente proceso, a la doctora NELLY STELLA SANTANILLA MÉNDEZ, identificada con cédula de ciudadanía número 31.836.289 de Cali, representante legal para asuntos judiciales de COOMEVA EPS S.A., según certificado de existencia y representación legal, allegado al expediente, a folios 38 a 51.


SEGUNDO: ACCEDER a la pretensión formulada por la señora EUFEMIA OREJUELA DE RENDÓN, identificada con la cédula de ciudadanía número 29.588.074 de la Cumbre, Valle del Cauca, en contra de COOMEVA EPS S.A., por las consideraciones anteriormente señaladas.

TERCERO: ORDENAR, en consecuencia, al representante legal de COOMEVA EPS S.A., reembolsar a la señora EUFEMIA OREJUELA DE RENDÓN, ya identificada, la suma de cinco millones setecientos veintidós mil doscientos sesenta y ocho pesos (\$5.721.268,00), una vez ejecutoriada esta providencia.

CUARTO: IMPUGNACIÓN. Contra la presente providencia procede la impugnación por ante la SALA LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL del domicilio del apelante, dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación, de conformidad con el inciso segundo del artículo 126 de la Ley 1438 de 2011.

QUINTO: NOTIFICAR el contenido de esta providencia por el medio más expedito, a la señora EUFEMIA OREJUELA DE RENDÓN, al correo electrónico: jaimer86@hotmail.com y a la carrera 57 No. 11 A 50, apto 302, de la ciudad de Cali, y a la abogada NELLY STELLA SANTANILLA MÉNDEZ, representante legal para asuntos judiciales de la EPS COOMEVA S.A., a la carrera 62 # 9-250 de Cali.

PARÁGRAFO 1: Para facilidad e información de las partes la sentencia será publicada en la página www.supersalud.gov.co y podrá ser consultada por las partes ingresando por la pestaña denominada DELEGADAS, escogiendo luego JURISDICCIONAL Y CONCILIACIÓN, luego FUNCIÓN JURISDICCIONAL y por último INFORMACIÓN PROCESAL.

Supersalud 	PROCESO	ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DENTRO DEL SGSSS	CÓDIGO	PJFL02
	FORMATO	SENTENCIA	VERSIÓN	3

PARÁGRAFO 2: Para efectos procesales la notificación se considerará surtida en la fecha que aparece en la constancia de entrega de la presente sentencia, que emita la empresa de correos, cuando esta sea enviada por correo certificado. Cuando la notificación se haga a un correo electrónico, ésta se considerará surtida en la fecha en que el sistema emita reporte de entrega.

PARÁGRAFO 3: Cuando la notificación de esta providencia no pueda realizarse al demandante, por correo electrónico o por correo certificado, por razones no imputables a este Despacho, la notificación se surtirá por Estado, el cual se publicará en la página web de la entidad que aparece en "Información Procesal" indicada en el parágrafo 1º de esta providencia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

MARÍA ISABEL CAÑÓN OSPINA
SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN

Proyectó: FRG
 Revisó: Simón Bolívar Valbuena.