TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL
DE BOGOTÁ D.C.
SALA LABORAL.

MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN.

PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR MYRIAM LÓPEZ GALAN contra FAMISANAR E.P.S (RAD 00 2022 01303 01)

En Bogotá D.C., a los treinta (30) días del mes de septiembre de dos mil veintidós (2022), estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano la siguiente,

S E N T E N C I A

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la demandada EPS FAMISANAR S.A.S., contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 30 de junio del 2022 (Archivo 5 expediente digital) en la que se resolvió:

> ***"PRIMERO: RECONOCER PERSONERIA*** *para actuar en este proceso al doctor Jairo Antonio Moreno Monsalve, identificado con la cedula de ciudadanía No. 79.599.250 de Bogotá y tarjeta profesional número 156.625 del Consejo Superior de la Judicatura, como apoderado general de FAMISANAR EPS, de conformidad con el poder conferido por la demandada.*
>
> ***SEGUNDO: ACCEDER PARCIALMENTE*** *a las pretensiones formuladas por la señora Myriam López Galán, identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.543.505 de Bogotá, en contra de FAMISANAR EPS, conforme a las consideraciones anotadas en la parte motiva de este proveido.*
>
> ***TERCERO: ORDENAR*** *a FAMISANAR EPS, el reconocimiento económico y pago a favor de la señora Myriam López Galán, identificada con la cédula de ciudadanía No. 41.543.505 de Bogotá, la suma de doscientos tres mil quinientos pesos m/cte ($203.500).*
>
> ***CUARTO:*** *Sin condena en costas.*
>
> ***QUINTO: APELACIÓN.*** *La presente sentencia puede ser objeto de apelación para que de ella conozca, en segunda, instancia, el Tribunal Superior Del Distrito Judicial-Sala Laboral, del domicilio del apelante, el cual deberá interponerse ante este despacho, dentro del término de tres (3) días, contados a partir del día siguiente a la notificación de la sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el*

parágrafo 1° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019."

Inconforme con la decisión, el apoderado de la demandada **EPS FAMISANAR** la impugnó aduciendo, en síntesis, que el pago efectuado se realizó de acuerdo con las tarifas SOAT establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social para el sector público, por lo que de acuerdo al servicio tomado el pago correspondía a $46.500 el cual ya fue cancelado. *(Archivo 6 expediente digital).*

Como quiera que no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, se Procede a resolver lo pertinente, previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar, la Sala Laboral de esta Corporación tiene competencia para dirimir el fondo del presente asunto, pues en virtud del artículo 116 constitucional, la Superintendencia Nacional de Salud fue investida de funciones jurisdiccionales por el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por la Ley 1949 de 2019, (artículo 6) disponiéndose para estos efectos, el procedimiento establecido en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998, modificado por el artículo 52 de la Ley 510 de 1991.

En este orden de ideas, se tiene constituyó el anhelo de la demandante MIRYAM LOPEZ GALAN se ordene a FAMISANAR E.P.S. reembolsarle la suma de $250.000 junto con los intereses moratorios respectivos, cancelados para la atención fr hematología (Archivo 1 expediente digital).

Como sustento fáctico de las pretensiones, la actora invocó los siguientes hechos (Archivo 1 expediente digital):

- El día 6 de octubre de 2020 la oncóloga clínica Doctora Muñoz Martínez Lalis Zoraima en orden de consultas, después de haber visto una serie de exámenes que se realizó, solicitó se le hiciera una VALORACIÓN POR HEMATOLOGIA PRIORITARIA POR INFARTO ESPLÉNICO CURSA CON TROMBOCITOSIS PLAQUETARIA (URGENTE).

- FAMISANAR EPS le dio cita para el día 18 de noviembre del 2020, cuarenta y tres (43) días después de lo ordenado como PRIORITARIO / URGENTE.

- Por lo anterior, el 8 de octubre del 2020 radico en las oficinas de FAMISANAR EPS una carta solicitando le reasignaran la cita del 18 de noviembre para una fecha más próxima, puesto que por la gravedad de su estado de salud le era imposible esperar tanto tiempo hasta esa fecha.

- FAMISANAR EPS contestó la petición anterior vía mail, pero NO le brindó una solución efectiva. En su repuesta le reiteró la fecha asignada previamente: "*te informamos: que el paciente cuenta con cita programada para el día miércoles 18 de noviembre de 2020 a las 7:30 am con el Dr Andrés Forero*".

- Debido a la lejanía de la cita y la afectación en su calidad de vida, acudió a un hematólogo de manera particular, el 22 de octubre del 2020, Doctor Mario H, Gómez M. especialista en Hematología y Hemato-oncología RM 12126.

- En su diagnóstico el Doctor Mario H, Gómez M, la describe como Paciente con cuadro clínico y laboratorial muy sugestivo de neoplasia mieloproliferativa crónica tipo trombocitosis esencial, con riesgo trombótico elevado.

- El valor del bono de consulta con el Dr. Mario H, Gómez M. es de **doscientos cincuenta mil pesos ($250.000),** los cuales pago mediante consignación a la cuenta de ahorros de Bancolombia #11810011728 a nombre de Mario Humberto Gómez Mantilla CC 19457788.

- El 26 de octubre presento en FAMISANAR EPS el diagnóstico y las ordenes que le dio el médico particular y solicitó nuevamente una respuesta satisfactoria para una cita PRIORITARIA / URGENTE por hematología.

- Sin embargo, FAMISANAR EPS no le brindó una solución rápida, y al ser una mujer de 70 años, con antecedentes de cáncer gástrico, que día a día veía el deterioro en su salud, el 2 de noviembre del 2020 radicó acción de

tutela (Tutela en línea No 130160) para solicitar que FAMISANAR EPS la atienda de manera prioritaria.

- Además, el 3 de noviembre del 2020 presento una queja ante la Superintendencia Nacional de Salud (PQRD-20-1001401) a partir de la cual, FAMISANAR EPS le adelantó la cita con hematología para el día 4 noviembre del 2020.

- El día 26 de octubre presentó ante FAMISANAR EPS, solicitud de reembolso/reintegro de la suma de **doscientos cincuenta mil pesos ($250.000)** pago en el que incurrió por cita particular urgente de Hematología. Adjunto las pruebas requeridas.

- El día 27 de octubre FAMISANAR EPS le respondió dando cuenta de que recibió su requerimiento de solicitud de reembolso y le solicita la presentación del Formulario de Solicitud de Reembolso, así como otros documentos que ya había presentado con la solicitud del 26 de octubre.

- Posteriormente presenté ante FAMISANAR EPS el Formulario de Solicitud de Reembolso y una carta firmada por su esposo Misael Rodríguez identificado con la CC. 19.093.897 de Bogotá, que en su calidad de cotizante manifiesta sea pagado el reembolso por medio de pago masivo en el banco BBVA, dado que no cuenta con ninguna cuenta ni corriente ni de ahorros en ningún banco para recibir dinero.

- El día 9 de diciembre del 2020 FAMISANAR EPS, le notifica a su esposo Misael Rodríguez que el Reembolso No. 33288351, una vez hecha la revisión de la solicitud y los documentos anexos a la misma por concepto de atención por Hematología de su beneficiaria Miryam López Galán, CC. 41.543.505, ha sido **APROBADA**. Y solicitan que se comunique con el teléfono del área de Cuentas Médicas para verificar el día de la transacción.

- Desde ese momento me ha comunicado en repetidas ocasiones con el teléfono de FAMISANAR EPS, ha concurrido en muchos días distintos tanto a las oficinas de FAMISANAR EPS como al Banco BBVA y no le han dado una fecha cierta en la que le van a pagar los doscientos cincuenta mil pesos (250.000) que esta reclamando desde octubre del año pasado.

- Teniendo en cuenta la actual pandemia por el covid-19 y que es una mujer de alto riesgo por su edad (70 años) y sus antecedentes de salud. FAMISANAR EPS la ha puesto en una situación de mayor vulnerabilidad por todas las veces en que ha tenido que dirigise a sus oficinas, en trasporte público, tanto para lograr la atención por Hematología como para que se le informe por el estado del reembolso de la suma de doscientos cincuenta mil pesos en la que tuvo que incurrir por la negligencia de la EPS en brindarle atención urgente. Así mismo, tanto su esposo como ella son dos adultos mayores que cuentan solamente con una pensión por lo que es urgente que le sea pagada la suma antes mencionada.

La demanda se admitió mediante proveído del 8 de abril del 2021 (Archivo 2 expediente digital) y se corrió traslado a la demandada con el fin de que contestara y allegara las pruebas que considerara conducentes y pertinentes.

Surtido el trámite procesal correspondiente, EPS FAMISANAR S.A.S. contestó (Archivo 3 expediente digital) solicitando se negaran las pretensiones de la demanda, en atención a la configuración de la carencia actual de objeto, toda vez que el reembolso solicitado se aprobó y fue pagado a la demandante el 15 de enero de 2021, precisando que los reconocimientos económicos se efectuaron con base en las tarifas establecidas por el Ministerio de Salud para el sector público, es decir a tarifas SOAT, según el Art. 14 de la Resolución 5261 de 1994 correspondiéndole un valor total de Cuarenta y Seis Mil Quinientos pesos ($46.500.00), de acuerdo con el servicio que tomo el usuario.

De tal manera, conforme los supuestos fácticos señalados y el acervo probatorio recaudado, la juzgadora inicial mediante providencia del 30 de junio del 2022 (Archivo 5 expediente digital) accedió de manera parcial a la pretensión realizada por la demandante y ordenó a la EPS FAMISANAR reconocer y pagar a favor de MYRIAM LOPEZ GALAN la suma de $203.500. Lo anterior tras considerar ::

> Por lo tanto, resulta procedente el reembolso deprecado por la demandante, por parte de la Entidad Promotora de Salud FAMISANAR EPS, el cual corresponde al ciento por ciento (100%), de los gastos efectivamente sufragados por la señora Myriam López Galán, esto es, la suma de doscientos cincuenta mil pesos m/cte ($ 250.000,oo), por concepto de consulta especializada (Telemedicina) de hematología, prestada por el Especialista Dr. Mario H. Gomez Mantilla, en razón a que bajo su diagnóstico, con antecedentes de cáncer gástrico, día a día venía deteriorando su estado de salud; además, considerando que su obligación como aseguradora no cesaba con la asignación de una IPS para que le realizaran las terapias en el domicilio de la demandante bajo las órdenes médicas emitidas por su médico tratante, también lo era garantizar en su momento los servicios de salud sin dilación alguna; es decir, haber autorizado y realizado la consulta a su afiliada bajo todos los requerimientos y conforme las solicitudes de la demandante.
>
> Ahora bien, en lo que respecta al valor solicitado Vs. el valor a reconocer por este Despacho, se tiene que, en respuesta de la EPS Demandada, el apoderado de la misma, argumenta y a su vez allega: **i)** Comprobantes de egreso No. 1366946 del 15 de enero de 2021, por valor de $ 46.500, y, **ii)** Comprobante de transferencia bancaria del banco AVVillas, donde se evidencia como beneficiario del pago al señor Misael Rodríguez, identificado con cedula de ciudadanía No. 19.093.897, a la cuenta de ahorros 005870194049, por el mismo valor del comprobante de egreso; esto en razón, como tercero autorizado por la demandante para recibir el pago solicitado inicialmente ante la EPS.
>
> De esta manera, se evidencia un pago parcial por parte de la EPS Demandada; por lo tanto, este despacho ordenará el pago del valor restante; es decir, la suma de doscientos tres mil quinientos pesos m/cte ($ 203.500), accediendo de manera parcial a la pretensión de la demandante, razón por la cual las excepciones del apoderado de la EPS demandada no proceden, en especial la referente a *"CARENCIA ACTUAL POR HECHO SUPERADO"*.

En este orden, en virtud del principio de consonancia, procede la Sala a resolver el objeto de apelación, en los puntos concretos objeto de censura, pues recuérdese que es el apelante quien delimita el ámbito sobre el cual ha de recaer la decisión de segunda instancia (tantum devolutum quantum apellatum).

En el examine, claro se encuentra, por no haber sido discutido en esta instancia, que la EPS FAMISANAR no actuó de manera oportuna y eficaz en el tratamiento de la patología de la actora, teniendo en cuenta la urgencia de la situación, pese a que esa entidad era la responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de la prestación de los servicios de salud suministrados al paciente, en virtud del principio de integralidad desarrollado y definido por la Corte Constitucional[1].

---

[1] Sentencia T-163 de 2013: *"Las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que requieran. Por esta razón, ha dicho que una entidad viola el derecho a la salud en cualquiera de los regímenes previstos en la Ley 100 de 1993, si se constata que ha negado la autorización de un servicio incluido en el plan obligatorio, o un servicio excluido de él. En este último caso, ello se justifica en las ocasiones en que el servicio ha sido ordenado por el médico tratante, su realización implica la vida y la integridad de quien lo requiere, y no puede ser sustituido por otro que haga parte del plan obligatorio. La prestación del servicio de salud debe ser oportuna, eficiente y de calidad.*

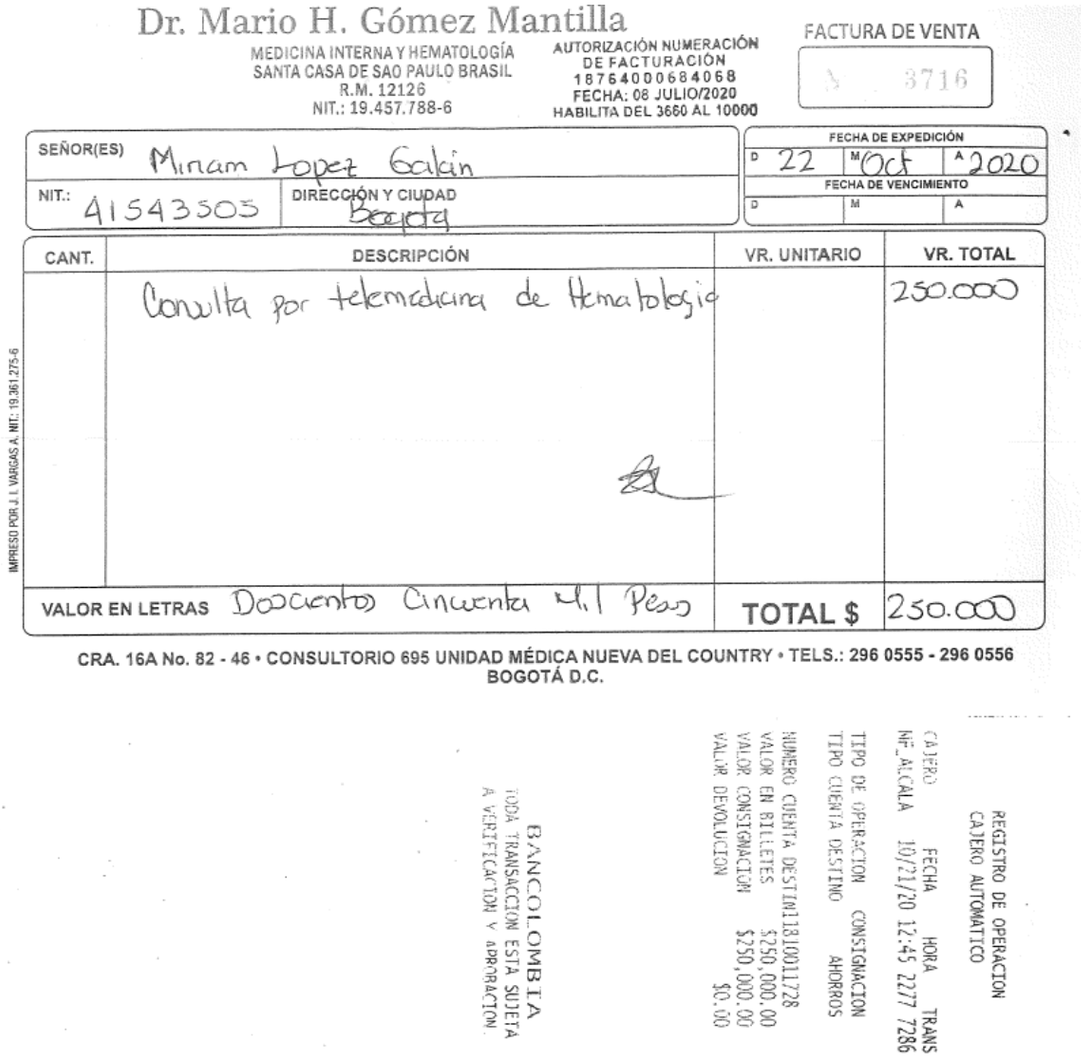
Estos componentes del derecho a la salud se desconocen principalmente cuando el servicio ha sido autorizado por la entidad prestadora de salud pero la persona no tiene acceso material a él, en el momento y las condiciones necesarias para que contribuyan efectivamente a la recuperación o control de la enfermedad.

En esa dirección, debe señalarse a juicio de esta Sala, resulta más que comprensible que ante los padecimientos de salud, cuya afectación resultó notoria y de alguna complejidad, como se puede deducir de las ordenes médicas dadas por el médico tratante, la promotora de este juicio decidiera acudir a un galeno no adscrito a la EPS como usuaria particular, en aras de restablecer su estado de su salud, y en ese orden, dado que tal circunstancia derivó de la falta de oportunidad y eficiencia en el servicio prestado por la EPS demandada, no es de recibo, que pretenda ahora, evadir las consecuencias de su omisión, pues para esta Sala la decisión de la actora de acudir a un médico particular, resulta más que justificada.

Así, como quiera que, en el caso de marras, no es ni fue objeto de debate que la actora incurrió en gastos médicos en la suma de $250.000, aspecto que por demás se corrobora con la factura aportada con la demanda:

---

*La Corte ha dicho que **el servicio debe prestarse en un tiempo y modo conveniente**. **De lo contrario se amenaza gravemente la salud de la persona que deberá someterse, por ejemplo, a un intenso dolor o al deterioro de su patología**". (Negrilla de la Sala)*



Dr. Mario H. Gómez Mantilla
MEDICINA INTERNA Y HEMATOLOGÍA
SANTA CASA DE SAO PAULO BRASIL
R.M. 12126
NIT.: 19.457.788-6

AUTORIZACIÓN NUMERACIÓN DE FACTURACIÓN
18764000684068
FECHA: 08 JULIO/2020
HABILITA DEL 3660 AL 10000

FACTURA DE VENTA
No. 3716

SEÑOR(ES) Miriam Lopez Galin
NIT.: 41543505
DIRECCIÓN Y CIUDAD Bogota

FECHA DE EXPEDICIÓN: D 22 M Oct A 2020
FECHA DE VENCIMIENTO: D M A

CANT.	DESCRIPCIÓN	VR. UNITARIO	VR. TOTAL
	Consulta por telemedicina de Hematologia		250.000
VALOR EN LETRAS	Doscientos Cincuenta Mil Pesos	TOTAL $	250.000

IMPRESO POR J. I. VARGAS A. NIT.: 19.361.275-6

CRA. 16A No. 82 - 46 • CONSULTORIO 695 UNIDAD MÉDICA NUEVA DEL COUNTRY • TELS.: 296 0555 - 296 0556
BOGOTÁ D.C.

REGISTRO DE OPERACION
CAJERO AUTOMATICO
CAJERO NF_ALCALA FECHA 10/21/20 HORA 12:45 TRANS 2277 7286
TIPO DE OPERACION CONSIGNACION
TIPO CUENTA DESTINO AHORROS
NUMERO CUENTA DESTIN118100011728
VALOR EN BILLETES $250,000.00
VALOR CONSIGNACION $250,000.00
VALOR DEVOLUCION $0.00

BANCOLOMBIA
TODA TRANSACCION ESTA SUJETA A VERIFICACION Y APROBACION

Entiende la Sala que dichos gastos médicos fueron debidamente soportados y corresponden a las tarifas internas fijadas por quien prestó el servicio médico, razón por la cual siendo esta la suma sufragada por la usuaria, es procedente que se efectué su devolución íntegra, iterando, como se ha venido señalando a lo largo de esta providencia, en el caso de marras, es claro que el gasto cubierto por la actora, derivó de la omisión e incumplimiento de la EPS, al no dar el tratamiento adecuado a su paciente, en la oportunidad y con la eficiencia y eficacia que evidentemente demanda un paciente que encuentra su salud disminuida.

Ahora, y para resolver la apelación de la EPS FAMISANAR, valga memorar, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, emitida por el Ministerio de Salud *"Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimiento del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud"* y que es reiterada en el numeral 6, artículo 2.5.2.4.2.6. del Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social -Decreto 780 de 2016-, preceptúa:

> *"**ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS**. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, **deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta** por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto".*[2] (Negrilla y subrayas de la Sala)

En los precisos términos de esa disposición se deben reconocer los gastos en que haya incurrido el usuario por su cuenta, es decir, deben ser reembolsados los dineros totales que se acrediten en debida forma por el paciente, debiendo precisarse, si bien la norma alude a que "*los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público*", esto es el MANUAL TARIFARIO SOAT DE SALUD -Decreto 2423 del 31 de diciembre 1996-[3] y por ende debió calcularse con dichas tarifas, se tiene que al revisar por esta Sala de decisión lo allí dispuesto, la VALORACIÓN CON HEMATOLOGIA no se encuentra incluida en tal listado y tampoco se aportó por la accionada prueba que permita determinar de dónde extrajo la suma de $46.500 reembolsada a la accionante, ni tan siquiera menciona porque se tomó.

Bajo tal entendido, resulta acertada la decisión de primer grado, en cuanto dispuso el reembolso de la suma total sufragada por la parte actora -descontando los $46.500 ya cancelados- para un total de $203.500, **pero** por las razones aquí expuestas, pues como ya se dijo tal valor corresponde a los gastos médicos en que incurrió a efectos de recibir la atención médica, eficaz y oportuna, obligación que se encontraba en cabeza de la EPS, razón por la cual, no hay lugar a acoger de manera favorable los argumentos expuestos por el apoderado recurrente.

---

[2] *http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/*

[3] https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-2423-de-1996.pdf

Agotada la competencia de esta Sala por el estudio de los motivos de apelación, habiéndose arribado a las mismas conclusiones expuestas por la falladora de primer grado, lo que se sigue es la confirmación de la sentencia apelada, por lo expuesto.

COSTAS en esta instancia a cargo de la parte demandada.

En mérito de los expuesto el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., Sala Laboral, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

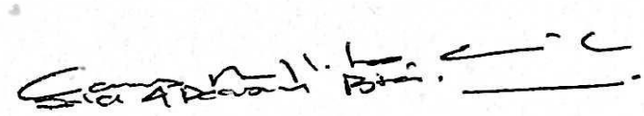
RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia apelada **pero** por las razones aquí señaladas.

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia a cargo de la demandada.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,

DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN



CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR

DIEGO FERNANDO GUERRERO OSEJO

Firmas escaneadas según artículo 11 del Decreto 491 del 28 de marzo del 2020

AGENCIAS EN DERECHO: Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de $30.000, la cual deberá ser incluida en la liquidación de costas, al tenor de lo consagrado en el artículo 366 del C.G.P.

DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN

TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL

DE BOGOTÁ D.C.

SALA LABORAL.

MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN.

PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR NORMA HELENA DE LA OSSA JARABA CONTRA CAFESALUD E.P.S. EN LIQUIDACIÓN (RAD 00 2021 01575 01)

En Bogotá D.C., a los treinta (30) días del mes de septiembre de dos mil veintidós (2022), estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano el siguiente,

S E N T E N C I A

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la demandada CAFÉSALUD EPS EN LIQUIDACIÓN, contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 11 de febrero de 2022 (Exp. Digital: *«01ExpedienteDigitalizadoJ20171498.pdf»*, págs. 149 a 162) en la que se resolvió:

> *«**PRIMERO.- RECONOCER PERSONERIA** para actuar en este proceso al doctor Guillermo Alfonso Herreño Pérez, identificado con la cedula de ciudadanía No.1.099.244.431 de Tunja y tarjeta profesional número 209.358 del Consejo Superior de la Judicatura, como apoderado judicial de CAFESALUD EPS, en los términos del poder conferido.*
>
> ***SEGUNDO.- ACCEDER** a la pretensión formulada por la señora Norma Helena de la Ossa Jaraba, identificada con cédula de ciudadanía número 41.472.583, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.*
>
> ***TERCERO.- ORDENAR** a la Entidad promotora de Salud CAFESALUD EPS, reconocer y pagar a favor la señora Norma Helena de la Ossa Jaraba, identificada con cédula de ciudadanía número 41.472.583, la suma de veinticuatro millones trescientos ochenta y seis mil novecientos cuarenta y dos pesos m/cte ($24.386.942), conforme las reglas establecidas en el Decreto 663 de 1999 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero) y el Decreto 2555 de 2010.*
>
> ***CUARTO.- APELACIÓN.** La presente sentencia puede ser objeto del recurso de apelación para que de ella conozca, en segunda instancia, el Tribunal Superior del Distrito Judicial, Sala Laboral, del domicilio del apelante, el cual deberá interponerse ante este despacho, dentro del término de tres (3) días, contados a partir del día siguiente a la notificación de la sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1 ° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6° de la Ley 1949 de 2019.*

> ***QUINTO.- NOTIFICAR*** *esta decisión a la DEMANDANTE, señora Norma Helena de la Ossa Jaraba, en la Calle 103 No. 13-21, Barrio Rincón del Chico, de la Ciudad de Bogotá, al agente liquidador de CAFESALUD EPS, Felipe Negret Mosquera, al correo electrónico: requerlmlentos@cafesalud.com.co, al doctor Ricardo Andrés Pedraza, apoderado de Cafesalud EPS EN LIQUIDACIÓN, al email: notificacionesjudiciales@cafesalud.com.co, rapedraza@cafesalud.com.co, y al doctor Guillermo Alfonso Herreño Pérez, en calidad de apoderado de CAFESALUD EPS, a la calle 95 No. 45-10 de la ciudad de Bogotá y/o a la dirección registrada ante la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación».*

Inconforme con la decisión, el apoderado de la demandada **CAFESALUD EPS** la impugnó aduciendo, en síntesis, que la señora Norma Helena de la Ossa Jaraba ingresó el 8 de junio de 2017 al servicio de urgencias en la Clínica Santa Bibiana por caída de aproximadamente 1 metro, posterior dolor lumbar y limitación funcional de dos días de evolución, para dicho diagnóstico el médico tratante le ordenó radiografía de columna lumbosacra y radiografía de cadera comparativa, y fue remitida al servicio de neurocirugía.

El 14 de junio de 2017, la paciente fue atendida por el servicio de neurocirugía, el médico tratante sospecha lesión traumática facetaria a nivel de la unión lumbosacra, y ordena gammagrafía ósea+ resonancia nuclear magnética lumbosacra de simple y control por consulta externa de neurocirugía para definir conducta procedimientos que fueron autorizados este mismo día mediante autorizaciones para control por neurocirugía en la Clínica Santa Bibiana en tres meses; gammagrafía ósea (segmentaría) en Fundación Cardio Infantil Instituto de Cardiología y resonancia nuclear magnética de columna lumbosacra 1 simple en Fundación Saint.

Conforme a lo anterior, señaló que Cafesalud cumplió con sus obligaciones como Entidad Promotora de Salud al autorizar y transcribir de forma rápida y oportuna los exámenes especializados y la cita de control ordenados por el médico tratante, de tal forma la decisión impugnada no está ajustada a la realidad, pues, la EPS no es quien determina los tiempos de control de las citas médicas ni la pertinencia de la realización de exámenes o procedimientos médicos, es el médico tratante de acuerdo con su conocimiento técnico científico quien determina cual es el diagnostico, el tratamiento a seguir, que exámenes, procedimientos o medicamentos debe ordenar, médicos adscritos a las IPS.

En ese sentido, agregó que en la consulta del 14 de junio de 2017, el médico tratante

decidió ordenarle a la demandante una gammagrafía ósea + resonancia nuclear magnética lumbosacra de simple y control por consulta externa de neurocirugía, es decir, el galeno requería de los resultados de los exámenes para definir la conducta a seguir, ordenes que Cafesalud procedió a autorizar, trascribir y asignar a una IPS de su red de prestadores.

Por consiguiente, estima que no existió negligencia e inoportunidad en el servicio médico, sumado a que los exámenes médicos especializados fueron autorizados el mismo día que fueron ordenados y debían ser realizados para que con el resultado el médico tratante de la Clínica Santa Bibiana pudiera determinar la conducta a seguir.

Añadió que era un hecho llamativo el que la paciente el día 24 de julio de 2017, diez días después de la cita en la Clínica Santa Bibiana, haya ingresado a la Clínica Nueva de manera programada como paciente particular para procedimiento ordenado por su médico Remberto Burgos, pue incluso, la Clínica contestó requerimiento indicando «*No se informó a CAFESALUD EPS, porque la señora ingresó desde el ámbito ambulatorio»* para realizarse el procedimiento de artrodesis de la región lumbar o lumbosacra, infiriendo de ahí, que la demandante asistió con anterioridad a un médico particular, quien le dio un diagnóstico y le ordenó el procedimiento quirúrgico realizado en la Clínica Nueva. Sin embargo, para que un galeno ordene la realización de un «procedimiento quirúrgico», el paciente debe ser examinado previamente con exámenes médicos, los cuales determinan la conducta a seguir o el procedimiento a realizar; así mismo, previo a la realización del procedimiento quirúrgico al paciente se le deben practicar exámenes que definan si es apto o no para el procedimiento.

En ese orden de ideas, indicó, no puede afirmarse que la demandante se realizó el procedimiento quirúrgico porque la EPS no le garantizó la prestación del servicio en razón a que la cita de control eran en 3 meses, en primer lugar, porque dicho procedimiento no había sido ordenado por el médico tratante de la IPS Clínica Santa Bibiana, pues le ordenó exámenes especializados para definir conducta; y en segundo lugar, porque a su juicio resultaba evidente que la paciente estaba siendo atendida de forma particular por el mismo diagnóstico y el procedimiento quirúrgico ordenado por su médico particular, se lo realizo también de forma particular, por la

cual resultaba reprochable la actitud de la demandante de solicitar el reembolso de veinticuatro millones trescientos ochenta y seis mil novecientos cuarenta y dos pesos ($24.386.942) por concepto de la cirugía, a sabiendas que toda la atención la realizó de forma particular.

Concluyó de esta manera, señalando que la orden de la delegada debe ser revocada, al favorecer claramente a la demandante e imponiendo una carga que no tiene por qué asumir.

Asimismo, solicita se ordene al demandante hacerse parte del proceso liquidatorio de la EPS conforme lo reglado en el decreto 2555 de 2010 y los artículos 20 y 70 de la Ley 1116 de 2006, radicando su acreencia de acuerdo a los formatos dispuestos para tal fin.

Como quiera que no se observa causal de nulidad que invalide lo actuado, se

Procede a resolver lo pertinente, previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

Sea lo primero señalar, la Sala Laboral de esta Corporación tiene competencia para dirimir el fondo del presente asunto, pues en virtud del artículo 116 constitucional, la Superintendencia Nacional de Salud fue investida de funciones jurisdiccionales por el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificada por la Ley 1949 de 2019, (artículo 6) disponiéndose para estos efectos, el procedimiento establecido en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998, modificado por el artículo 52 de la Ley 510 de 1991.

Constituyó el anhelo de la demandante **NORMA HELENA DE LA OSSA JARABA** se ordene a CAFESALUD E.P.S. reembolsarle la suma de $24.386.942, cancelados para la realización del procedimiento médico denominado «*artrodesis de la región lumbar o lumbosacra • técnica posterior o posterolateral con instrumentación modular*» (pág. 3, ib.).

Como sustento fáctico de las pretensiones, la actora invocó los siguientes hechos (página 2, ibidem):

- *«Sufrí una caída el 6 de junio de 2017, cayendo sentada y se me afectó la columna, asistí **esimed** clínica santa Bibiana, me remitieron a neurocirujano, me ordenó una placa (cancelada por mi), y la siguiente cita en 3 meses, IMPOSIBLE resistir con semejantes dolores, agregando la demora en asignar la fecha de cirugía, por esto me vi obligada a buscar medico particular el concepto del cirujano, fue cirugía urgente, me vi obligada a utilizar sus servicios»*.

La demanda se admitió mediante proveído del 23 de agosto del 2017 (pág. 7, ib.) y se corrió traslado tanto a la demandada como a la vinculada con el fin de que contestaran y allegaran las pruebas que consideraran conducentes y pertinentes.

Surtido el trámite procesal correspondiente, CAFESALUD EPS S.A. contestó («*CONTESTACION NURC-1-2017-113243 J-2017-1498.pdf*») solicitando se negaran las pretensiones de la demanda, toda vez que no se encuentra obligada a reconocer el pago de aquellos reembolsos por concepto de servicios de salud que no fueron autorizados ni suministrados por sus prestadores. Lo anterior, teniendo en cuenta que la EPS tenía contratada una red de prestadores que garantizaba el suministro y la prestación de los diferentes servicios de salud requeridos para el tratamiento de la patología del afiliado, de manera que, cuando el usuario no hace uso de los servicios ofrecidos por la EPS y en su lugar decide acudir a una institución o a un médico particular, los costos generados para atender dicha atención deben ser asumidos con su propio peculio.

Precisando, en el presente caso, la solicitante no prueba la incapacidad e imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte de la EPS. Pues Cafesalud EPS S.A., en aras de garantizar la prestación del servicio, durante su afiliación emitió las autorizaciones de servicios a su nombre para el tratamiento de su patología, ofreciendo además una red prestadora de servicios. Tal como evidenciaba en la información reportada por el área de auditoría médica de Cafesalud EPS, pues se verificó en el sistema que los procedimientos fueron autorizados el día 14/06/2017 número de autorización 183454933. Sin embargo, no se dispone de información por parte de la IPS externa a red, toda vez que la paciente

de forma voluntaria decidió no hacer uso de red adscrita.

De tal manera, conforme los supuestos fácticos señalados y el acervo probatorio recaudado, la juzgadora inicial mediante providencia del 11 de febrero del 2022 (págs. 149 a 206) accedió a la pretensión realizada por la demandante y ordenó a CAFESALUD EPS reconocer y pagar a favor de NORMA HELENA DE LA OSSA JARABA la suma de $24.386.942. Lo anterior tras considerar que el actuar omisivo y negligente por parte de la EPS fue el causante de que la accionante acudiera de forma urgente a practicarse el procedimiento quirúrgico en una entidad particular, en procura de mejorar su estado de salud, muy a pesar de tener conocimiento de las sospechas que refería el médico tratante, quien, si bien es cierto aprobó la autorización para cita de control, la supeditó a que se otorgara en tres (3) meses; de modo que no garantizó la accesibilidad, continuidad, oportunidad y la integralidad de la atención médica en requeridos por la señora Norma Helena de la Ossa Jaraba, lo que, subsecuentemente, podría afectar su estado de salud de manera considerable, obligándola a acceder a los servicios médicos de forma particular, no por capricho, sino por la necesidad de preservar su salud e integridad física y funcional.

Aunado a ello, la Superintendencia en su providencia argumenta la negligencia para la prestación de los servicios de salud por parte de CAFESALUD EPS S.A., al tratarse de una persona de la tercera edad o adulto mayor, indicando que personas como el demandante cuentan con una especial protección, máxime si las condiciones de salud comprometen su vida o incluso ponen en peligro su propia existencia, precisándose que para ello tan solo debe demostrar la vulneración del derecho a la salud, como se pudo concluir dentro del plenario.

En este orden, en virtud del principio de consonancia, procede la Sala a resolver el objeto de apelación, en los puntos concretos objeto de censura, pues recuérdese que es el apelante quien delimita el ámbito sobre el cual ha de recaer la decisión de segunda instancia (tantum devolutum quantum apellatum).

Así las cosas, en primer lugar, es del caso señalar, no fue motivo de controversia en el trámite del proceso, ni lo es ahora, que **NORMA HELENA DE LA OSSA JARABA** identificada con cédula de ciudadanía No. 41.472.583 estuvo afiliada a CAFESALUD EPS para la época de los hechos, situación que fue así determinado

por la juez de primera instancia, no discutida en esta instancia.

Tampoco se discute que la señora DE LA OSSA JARABA asumió directamente el pago del procedimiento quirúrgico denominado «*ARTRODESIS DE LA REGION LUMBAR O LUMBOSACRA - TECNICA POSTERIOR O POSTEROLATERAL CON INSTRUMENTACION MODULAR»* en cuantía de ($24.386.942), aspecto que por demás se corrobora a páginas 03 y 28.

Así pues, para dirimir la controversia traída a los estrados, bueno resulta recordar la norma reguladora en materia de reconocimiento de devolución de dineros frente a los gastos en que incurre el afiliado, esto es, el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, la cual consagra:

> ***«Artículo 41. Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud.*** *Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:*
>
> *(...)*
>
> *b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:*
>
> *1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.*
>
> *2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.*
>
> ***3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios."***

Además, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, emitida por el Ministerio de Salud *«Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimiento del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud»*, preceptúa:

> ***«ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS****. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario,* ***deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta*** *por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta*

> *del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto»*[1] (Negrilla y subrayas de la Sala).

Precisado lo anterior, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas por la falladora de primer grado para soportar su decisión, es menester traer a colación, el criterio sentado por la Corte Constitucional en cuanto al acceso a los servicios de salud los cuales deben ser oportunos, eficientes y de calidad, como así se consignó en aparte pertinente de la Sentencia T-163 de 2013, que a continuación se cita:

> *«Las personas tienen derecho a acceder a los servicios de salud que requieran. Por esta razón, ha dicho que una entidad viola el derecho a la salud en cualquiera de los regímenes previstos en la Ley 100 de 1993, si se constata que ha negado la autorización de un servicio incluido en el plan obligatorio, o un servicio excluido de él. En este último caso, ello se justifica en las ocasiones en que el servicio ha sido ordenado por el médico tratante, su realización implica la vida y la integridad de quien lo requiere, y no puede ser sustituido por otro que haga parte del plan obligatorio. La prestación del servicio de salud debe ser oportuna, eficiente y de calidad.*
>
> *Estos componentes del derecho a la salud se desconocen principalmente cuando el servicio ha sido autorizado por la entidad prestadora de salud pero la persona no tiene acceso material a él, en el momento y las condiciones necesarias para que contribuyan efectivamente a la recuperación o control de la enfermedad. La Corte ha dicho que* ***el servicio debe prestarse en un tiempo y modo conveniente****. **De lo contrario se amenaza gravemente la salud de la persona que deberá someterse, por ejemplo, a un intenso dolor o al deterioro de su patología»*** (Negrilla de la Sala).

En el mismo sentido se pronunció en sentencia T-195 de 2010:

> ***«4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud que se requieran, con calidad, eficacia y oportunidad***
>
> *Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios que requieran, es decir, aquellos indispensables para conservar la salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o la dignidad. En ese sentido, las empresas prestadoras de salud (del régimen contributivo y subsidiado), están en el deber de garantizar dicha prerrogativa sin importar si los servicios requeridos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido.*
>
> *Por consiguiente, "si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones*

[1] http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/

dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio."

Ahora bien, este derecho que tienen los usuarios del sistema de seguridad social en salud, implica que el acceso al servicio se realice de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Así, en los eventos en los que un servicio médico que se requiera - incluido en el POS – haya sido reconocido por la entidad en cuestión pero su prestación no se garantizó oportunamente, generando efectos tales en la salud, como someter a una persona a intenso dolor, se presenta una violación del derecho a la salud y el mismo debe ser objeto de tutela por parte del juez constitucional. En ese sentido, cuando "el acceso a un servicio de salud no es prestado oportunamente a una persona, puede conllevar además de un irrespeto a la salud por cuanto se le impide acceder en el momento que correspondía a un servicio de salud para poder recuperarse, una amenaza grave a la salud por cuanto la salud puede deteriorarse considerablemente."

De forma similar, esta Corporación ha enfatizado en que los servicios de salud que se presten a los usuarios deben ser de calidad.

(...)

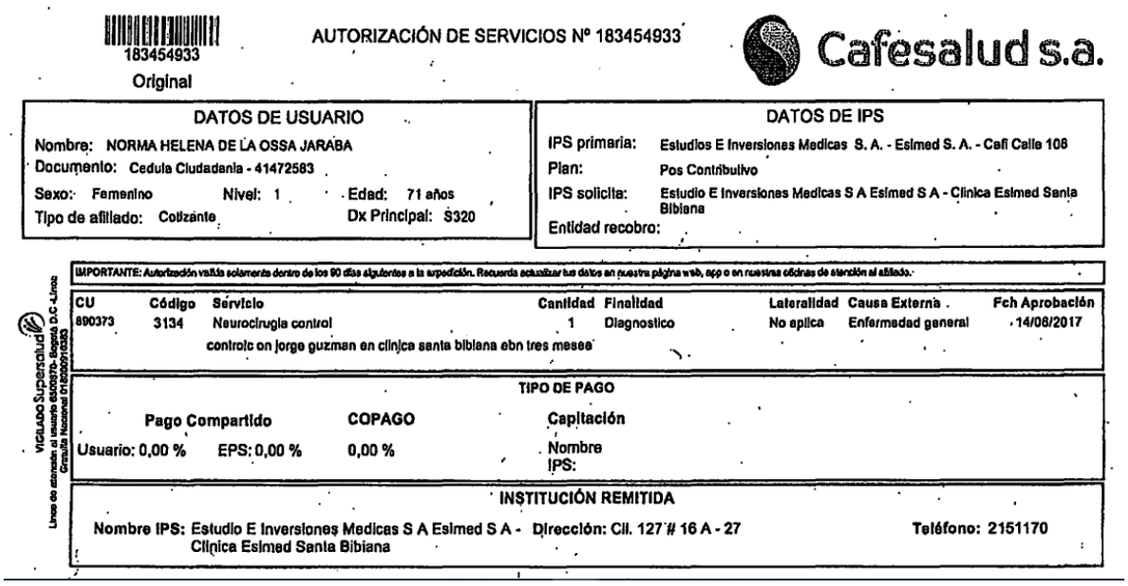
El principio de integralidad, *desarrollado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional, ha sido asociado con la atención y el tratamiento completo a que tienen derecho los usuarios del sistema de seguridad social en salud, según lo prescrito por el médico tratante. Al respecto ha dicho esta Corporación que "(...)* ***la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al sistema de seguridad social en salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas, son integrales; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud"*** *(Negrilla de la Sala*

(...)

La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas» (Subrayado de la Sala).

Así pues, advierte la Corporación, tal como se concluyó en la sentencia de primer grado, lo que además se acepta por parte de Cafesalud, la demandante corresponde a una persona de 69 años de edad para la época de los hechos (C.C. pág. 6), la cual acudió a los servicios de urgencias de la Clínica Santa Bibiana el día 06 de junio de 2017, tras sufrir un trauma al caer sentada, lo que le causó dolor lumbar y limitación funcional, luego le ordenaron Radiografía lumbosacra y de cadera comparativa; de igual modo fue remitida al servicio de Neurocirugía;

asimismo, el 14 de junio de 2017 el médico de la IPS adscrita a la EPS que la atendió, tras sospechas lesión traumática facetaria a nivel de la unión, le ordenó una Gammagrafía ósea, una Resonancia Nuclear Magnética lumbosacra simple y control con resultados para definir conducta; procedimientos que fueron autorizados por la EPS; no obstante lo anterior, la consulta de control con el Neurocirujano se la asignaron para tres meses después, todo lo anterior, conforme lo relata la misma EPS con base en la historia clínica y se verifica igualmente con la respectiva autorización de servicios (pág. 79, ib):



183454933
Original

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS Nº 183454933

Cafesalud s.a.

DATOS DE USUARIO

Nombre: NORMA HELENA DE LA OSSA JARABA
Documento: Cedula Ciudadania - 41472583
Sexo: Femenino Nivel: 1 Edad: 71 años
Tipo de afiliado: Cotizante Dx Principal: S320

DATOS DE IPS

IPS primaria: Estudios E Inversiones Medicas S. A. - Esimed S. A. - Cafi Calle 106
Plan: Pos Contributivo
IPS solicita: Estudio E Inversiones Medicas S A Esimed S A - Clinica Esimed Santa Bibiana
Entidad recobro:

IMPORTANTE: Autorización valida solamente dentro de los 90 días siguientes a la expedición. Recuerda actualizar tus datos en nuestra página web, app o en nuestras oficinas de atención al afiliado.

CU	Código	Servicio	Cantidad	Finalidad	Lateralidad	Causa Externa	Fch Aprobación
890373	3134	Neurocirugia control controlc on jorge guzman en clinica santa bibiana ebn tres mesee	1	Diagnostico	No aplica	Enfermedad general	14/06/2017

TIPO DE PAGO

Pago Compartido		COPAGO	Capitación
Usuario: 0,00 %	EPS: 0,00 %	0,00 %	Nombre IPS:

INSTITUCIÓN REMITIDA

Nombre IPS: Estudio E Inversiones Medicas S A Esimed S A - Clinica Esimed Santa Bibiana Dirección: Cll. 127 # 16 A - 27 Teléfono: 2151170

VIGILADO Supersalud
Línea de atención al usuario 6500870- Bogotá D.C.-Línea Gratuita Nacional 018000910383

En ese orden, debido a que el dolor en la columna persistía, la demandante dada sus condiciones de salud que requerían una atención de manera inmediata en aras de proteger su integridad física, decidió acudir a consulta de un Neurocirujano como paciente particular, quien le ordenó tratamiento quirúrgico urgente, procediendo a efectuarse el procedimiento denominado *«artrodesis de la región lumbar o lumbosacra - técnica posterior o posterolateral con instrumentación modular»*, para tratar la *fractura de vértebra lumbar*.

Como se ve entonces, es claro entonces que CAFESALUD EPS no actuó con la suficiente diligencia al no tratar oportuna y eficazmente a la paciente, teniendo en cuenta la urgencia de la situación, la cual debe ser entendida, desde el punto de vista del derecho universal a la salud, pues esta urgencia no significa que la paciente se encuentre en un entorno en donde sus signos vitales se encuentren altamente afectados, siendo entonces la EPS traída a juicio la responsable de tal urgencia y

de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud suministrados a la paciente, en virtud del principio de integralidad desarrollado y definido por la Corte Constitucional.

Nótese, que la EPS Cafesalud, fue negligente en el tratamiento y los derivados de aquel, dado como acertadamente lo concluyó la primera instancia, puesto que la sola expedición de autorizaciones no garantiza la efectividad del derecho a la salud, en tanto y en cuanto, este sólo se materializa con el acceso oportuno a la atención requerida, más aún, cuando se trata de una persona de avanzada edad y según lo admite la misma EPS, una paciente con antecedentes de enfermedades catastróficas:

> Por registro de sistema Heon (software de la entidad), paciente con antecedentes de POLINEUROPATIA SENSITIVA AXONAL CRONICA, CANCER DE COLON NOV 2015 TRATADO QUIRURGICAMENTE + QUIMIOTERAPIA, HIPERTENSION ARTERIAL, se verifica usuario en manejo multidisciplinario por las especialidades de neurología, fisiatría, neurocirugía, cirugía general, hematoncologia y medicina general.

Es claro entonces, que la demandante debió asumir gastos por concepto de la intervención quirúrgica como consecuencia del actuar descuidado y negligente de CAFESALUD EPS S.A., quien fue la que autorizó y/o programó la cita de control para tres meses, cuando era evidente que la atención requerida debía ser inmediata; por lo que estos yerros no se le pueden cargar a la actora en beneficio de quien omitió sus deberes como aseguradora, entre los cuales se encuentra prestar un servicio de salud oportuno, eficiente, eficaz y de calidad; debiendo responder por toda falla o falta que se genere en la prestación del mismo.

En esa dirección, debe señalarse a juicio de esta Sala, resulta más que comprensible que ante los padecimientos de salud, cuya afectación resultó notoria, la promotora de este juicio decidiera acudir a una clínica como usuaria particular, en aras de restablecer su estado de su salud, y en ese orden, dado que tal circunstancia derivó de la falta de oportunidad y eficiencia en el servicio prestado por la EPS demandada, no es de recibo, que pretenda ahora, evadir las consecuencias de su omisión, pues para esta Sala la decisión del actor de acudir a una clínica que no se encuentra adscrita a la red prestadora de servicios de la EPS, resulta más que justificada, en consideración al criterio medico expuesto por el médico particular, esto es, el requerimiento de cirugía urgente, pues incluso el

medico adscrito a la EPS, «*el día 14/06/2017 […]sospecha de lesión traumática facetaría a nivel de la unión lumbosacra»*, pero la EPS autorizó seguimiento hasta tres meses después, es decir, de forma inoportuna.

Corolario de todo lo anterior, resulta acertada la decisión de primer grado, en cuanto dispuso el reembolso de la suma sufragada por la parte actora, por corresponder a los gastos médicos en que incurrió a efectos de recibir la atención médica, eficaz y oportuna, obligación que se encontraba en cabeza de la EPS, razón por la cual, no hay lugar a acoger de manera favorable los argumentos expuestos por el apoderado recurrente.

Finalmente, en lo que toca a la solicitud realizada por CAFESALUD de disponer al demandante hacerse parte del proceso liquidatorio para proceder al pago de las acreencias a su favor, pertinente es anotar, si bien existe un procedimiento para el pago de sentencias judiciales emitidas contra la sociedad en liquidación en el curso del proceso liquidatorio, previsto en el artículo 9.1.3.5.10 del Decreto 2555 de 2010, el agotamiento del mismo obedece a un trámite que resulta potestativo de la parte que persigue la satisfacción de las obligaciones reconocidas a su favor, advirtiéndose además, el presente litigio no corresponde a la ejecución de la obligación en la cual si debe procederse con especial atención y con sujeción a lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1116 de 2006.

En ese sentido, no encuentra la Sala que deba darse instrucción alguna al demandante como se procura en la impugnación, pues además el procedimiento está previsto en una disposición legal y por ende se presume su conocimiento.

Agotada la competencia de esta Sala por el estudio de los motivos de apelación, habiéndose arribado a las mismas conclusiones expuestas por la falladora de primer grado, lo que se sigue es la confirmación de la sentencia apelada.

COSTAS en esta instancia a cargo de la parte demandada.

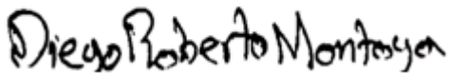
En mérito de los expuesto el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., Sala Laboral, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE

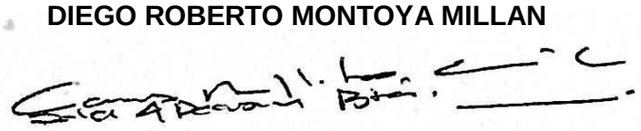
PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia apelada.

SEGUNDO: COSTAS en esta instancia a cargo de la demandada.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,



DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN



CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR

DIEGO FERNANDO GUERRERO OSEJO

Firmas escaneadas según artículo 11 del Decreto 491 del 28 de marzo del 2020

AGENCIAS EN DERECHO: Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de $200.000, la cual deberá ser incluida en la liquidación de costas, al tenor de lo consagrado en el artículo 366 del C.G.P.

DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN