



**República de Colombia**

**TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL**

**SALA LABORAL**

Bogotá D.C., veintiuno (21) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

Magistrada Ponente: **Dra. LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

**Ref.: Radicación N° 11-001-22-05-000-2022-00212-01. Proceso Sumario de Marco Tulio Guevara Sánchez contra Nueva EPS (Fallo de Segunda Instancia).**

En Bogotá D.C, la Magistrada Ponente en asocio de los Magistrados que conforman la Sala Séptima de Decisión, procede a proferir de plano la siguiente,

**SENTENCIA:**

Marco Tulio Guevara Sánchez convocó a la Nueva EPS para obtener mediante los trámites propios del proceso verbal sumario, el reembolso de las sumas de dinero que debió pagar con recursos propios por concepto de un procedimiento y tratamiento por la suma de \$495.000. Pretensiones que tienen sustento en los siguientes,

**HECHOS:**

Indica el escrito promotor del litigio, que acudió a cita odontológica por dolor molar 26 con la Doctora María Carolina Novoa el 31 de agosto de 2017, por lo que se tomó una radiografía de la pieza y una panorámica de



maxilares superior e inferior, por lo que una vez verificadas las mismas, la profesional indicó que la pieza debía ser extraída; que le comunicó a la odontóloga que dicho molar era el soporte de un puente removible, por lo que le preguntó si no había otra opción en su tratamiento, sin embargo, la Doctora Novoa le indicó que la pieza estaba muy destruida y que debía reponer el puente removible por uno nuevo, pero que no era cubierto por el POS; que soportó el dolor hasta el mes de abril, momento en el cual acudió a una entidad particular de odontología para que cotizaran el nuevo puente removible, conforme con la recomendación brindada por la Doctora Novoa, acudiendo a Esplendent S.A.S., entidad en la que se le indicó que no era necesario extraer el molar, pues se podía salvar la endodoncia, por lo que podría soportar la prótesis; que dada dicha opción, preguntó si garantizaban el tratamiento, pues la prótesis (puente removible) tenía un costos entre un millón y un millón doscientos mil pesos, obteniendo respuesta afirmativa, por lo que se suscitó en el actor desconfianza con nueva EPS y pese a que su ingreso mensual en un SMLMV, cotizó el tratamiento ofrecido, entidad que ordenó una nueva radiografía, iniciando el tratamiento el 26 de abril y finalizando el 9 de mayo de 2018, tratamiento que ha sido efectivo hasta el momento en que radicó la solicitud de reembolso.

Mencionó, que solicitó ante Nueva EPS copia de la historia clínica para anexar la reclamación ante la Supersalud el 4 de mayo de 2018, en donde no se refleja el diagnóstico que brindó la Dra. Novoa, por lo que efectuó el reclamo respectivo ante el asesor que hizo entrega de la misma, como ante la profesional, quien le manifestó que debía solicitar cita médica para analizar que podía hacer, hecho que no se tuvo en cuenta en la cita que ya había tenido con la misma; que de haberse planteado otra opción, no hubiese tenido la necesidad de endeudarse en \$500.000; que elevó derecho



de petición ante la Nueva EPS el 16 de mayo de 2018, no obstante, a la fecha de radicación de la demanda jurisdiccional, no ha sido resuelto.

### **ACTUACIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:**

La petición fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 4 de febrero de 2019<sup>1</sup>. Corrido el traslado en virtud de lo previsto en el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, la peticionada dio contestación dentro del término concedido, manifestando que no era viable acoger las súplicas del reembolso, como quiera que para que proceda tal beneficio en favor del afiliado se deben demostrar alguna de tres causales que son i) que la atención de urgencias se dé en una IPS que no tenga contrato con la respectivas E.P.S., ii) autorización previa y expresa por la EPS para la atención específica y iii) que se acredite el caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada por la EPS, parámetros que no acredita el actor, por cuanto su deseo fue que la atención se diera dentro de la prioridad en carácter particular, a tal punto, que de la historia médica aportada se puede extraer que fue un procedimiento programado, por lo que no es procedente la devolución del pago de la prestación del servicio.

De igual forma, contestó la Gerente de la IPS Esplendent S.A.S., quien informó que se llevó a cabo tratamiento odontológico al actor el 26 de abril de 2018, para lo cual aportó copia de la historia clínica.

---

<sup>1</sup> Cfr. Fls 16.



El aquo profirió sentencia el 31 de agosto de 2020<sup>2</sup>, a través de la cual negó el reembolso solicitado, ya que si bien en un primer momento acudió el actor a la cita médica por odontología por intermedio de la IPS asignada por parte de la Nueva EPS, así como manifestó desconfianza con el concepto rendido por la Doctora María Carolina Novoa, también lo es, que no solicitó un segundo concepto médico al que tenía derecho y se encuentra regulado en la Ley, lo que demuestra que la EPS no incurrió en incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia, así como, que pese a que desde la fecha en que se llevó a cabo la cita médica y la comparecencia del actor a Esplendent transcurrió más de ocho meses, sin que hubiese acudido de nuevo a cita médica de odontología, por lo que no es procedente acceder a las solicitudes de la demanda.

Inconforme con la decisión, el demandante interpuso recurso de apelación, el cual le fue concedido en el efecto suspensivo.

#### **FUNDAMENTOS DEL RECURSO:**

Afirmó el recurrente que contrario a las respuestas brindadas por parte de la Nueva EPS, referente a una indebida acumulación de hechos, refiere que no es abogado, sin embargo, dio cumplimiento a los requisitos contemplados en el artículo 25 del C.P.T. y de la S.S., así como, que no comprende la razón por la que se aduce que la Dra. Novoa no es miembro de la Nueva EPS, entidad que no solo le ha asignado las citas, sino que además, lo atiende desde hace varios años. Así mismo, advierte que no controversió el diagnóstico al que arribó la Doctora María Carolina Novoa, mediante el cual se solicita una segunda opción médica, dictamen que se brindó de forma verbal y en el cual confió el actor, sin embargo, dada su

---

<sup>2</sup> Cfr. Fls 64/67.



falta de recurso para poder conseguir una prótesis (puente), ya que al extraer el molar, la que tenía no le serviría; al igual que si bien transcurrieron ocho meses entre las citas médicas, ello se debió a problemas médicos, así como al ingreso para poder solicitar el préstamo, período en el cual soportó el dolor con analgésicos, soportando la incomodidad a la hora de comer y que generó problemas estomacales, pues a los 87 años, no era fácil asumir la patología. Aunado a ello, cuando acudió a Esplendent lo hizo para cotizar la prótesis una vez realizada la exodoncia en Nueva EPS, más no un segundo concepto médico, momento en el cual se le informó que el molar 26 era fuerte y podría salvarse con una endodoncia, garantizándose el procedimiento, a tal punto, que no ha tenido ningún problema y sigue con su prótesis inicial, diagnóstico que puso a dudar al actor, ante un diagnóstico errado por parte de la Dra. Novoa.

Finalmente, refiere que si bien no se trataba de un caso de urgencia, el tratamiento era urgente, ya que requería tener mejor calidad de vida, evitando molestias estomacales por no poder masticar bien los alimentos, además, que continuó con el tratamiento en Esplendent, por las demoras de la nueva EPS en asignar citas con especialistas, estudiar el caso y aprobar el procedimiento, razones por las cuales se debe revocar la decisión de primer grado y en su lugar, acceder al reembolso solicitado

### **CONSIDERACIONES DE ESTA SEGUNDA INSTANCIA**

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, por medio del cual se le conceden funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación para fallar con carácter definitivo con las facultades propias de un juez, lo mismo que la idea según la cual, el recurso de apelación se



hará ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate, esta Corporación en razón de estos presupuestos legales, abordará el estudio de la alzada.

Observa la Sala, que el accionante, señor Marco Tulio Guevara Sánchez acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se definiera en su favor el reconocimiento del reembolso de los dineros que tuvo que sufragar para de su tratamiento de endodoncia; tratamiento que le fue realizado en la la IPS Esplendent S.A.S., debido a que el diagnostico aducido por la Nueva EPS era la extracción del molar, lo que conllevaba al cambio de la prótesis (puente removible), mientras que en la IPS mencionada, se daba solución con un tratamiento de endodoncia, que tenía un consto menor a la adquisición de la prótesis.

Para denegar el derecho en favor del accionante consideró que si bien se entendía la desconfianza respecto del dictamen brindado por parte de la Doctora María Carolina Novoa, también lo era, que debió acudir a un segundo diagnóstico médico a cargo de la misma EPS, derecho que se encuentra regulado en la Ley, de lo que demuestra que la AEPS no incurrió en incapacidad, imposibilidad, negativa o negligencia demostrada, así como, que pese a que había transcurrido más de ocho meses desde la última cita médica con la EPS, se decidió continuar con el tratamiento con la IPS Esplendent S.A.S.

Efectuada la anterior reseña, el aspecto siguiente a resolver hace referencia a la inconformidad del actor, según el cual no se tuvo en cuenta la desconfianza que se generó con la médico tratante respecto del diagnóstico que le fue brindado, pues la opción era la extracción del molar, lo que



implicaba el cambio de su prótesis (puente removible), por lo que acudió a cotizar el mismo ante Esplendent y no para solicitar un segundo concepto, por lo que no se explica la razón por la que se le exige en esta oportunidad el mismo, aunado, con que si bien transcurrió un término de ocho meses entre la última cita y el tratamiento, ello se debió a problemas médicos y poder adquirir un préstamo para el mismo. Así como, por cuanto si bien la patología no se trataba de una urgencia, también lo es, que el tratamiento es urgente, ya que pretende mantener su calidad de vida, así como, evitar los problemas estomacales que se le generaron, ya que no podía masticar la comida en debida forma, al igual, que por las demoras de la nueva EPS en asignar citas con especialistas, estudiar el caso y aprobar el procedimiento.

Para dar respuesta a tales cuestionamientos, se debe mencionar, que la jurisprudencia constitucional ha sido prolífica en la contextualización y desarrollo doctrinal del derecho a la salud, partiendo siempre de la base, que la salud no es sólo la ausencia de dolencia o enfermedades, sino un estado íntegro de bienestar de la persona, que comprende el aspecto moral, físico y social, concepto que está acorde con la definición que ha adoptado la Organización Mundial de la Salud.

También se debe recordar que ante los hechos que han demarcado la sucesiva y continua vulneración a este derecho, llevaron a que el alto Tribunal constitucional considerara a la Salud como un derecho fundamental autónomo, tal como se reseñó en la sentencia T-760 de 2008, que sobre este punto indicó que *"...son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo"*, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que el derecho a la salud es un derecho fundamental, 'de manera autónoma',



*cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela. La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo...”<sup>3</sup>*

De otro lado, es preciso señalar que, si bien es cierto, el ejercicio de este derecho se encuentra soportado sobre una estructura administrativa para su funcionamiento, tal situación no puede llegar al punto de convertirse en una barrera para hacer nugatoria la prestación del servicio de salud, lo cual comprende el diagnóstico, los procedimientos o intervenciones quirúrgicas, el suministro de medicamentos o cualquier otro servicio requerido para hacer efectivo este derecho, con mayor razón cuando se trata del servicio de urgencias; de suerte que todo lo relacionado con autorizaciones, cobros, corrección de información, actualización de datos, entre otros parecidos están a cargo de la entidad administradora y no en cabeza del usuario.

En la aludida sentencia T-760 de 2008, la Corte se pronunció de la siguiente manera:

*“(...) Para la Corte ‘las EPS no pueden imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad’. En tal sentido, cuando una EPS niega servicios de salud a una persona que tiene*

---

<sup>3</sup> Cfr. consideración jurídica No. 3.2.1.3



*derecho a ellos, porque no realizó un trámite que le corresponde realizar a la propia entidad, irrespeta su derecho a la salud, puesto que crea una barrera para acceder al servicio. (...)*”.

Y en sentencia T-146 de 2011 sobre este mismo tema, indicó:

***“(...) Los trámites administrativos internos de una entidad no pueden constituirse en una carga para el ciudadano. Reiteración jurisprudencial.***

*En repetidas oportunidades esta Corporación ha señalado que un trámite administrativo interno de una entidad no puede constituirse en una barrera para el disfrute de los derechos de una persona. Las cargas administrativas internas le corresponde soportarlas a la entidad y no al ciudadano. De manera específica, una entidad del sector salud no puede trasladarle sus cargas y confusiones administrativas al ciudadano. Así lo señaló la sentencia T-760/08 al indicar que, “Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud sin que las EPS puedan imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad”. En esta oportunidad la Sala reiterará esta regla, toda vez, que la confusión que se suscita a partir de que en el sistema de la entidad aparecen dos personas con el mismo número de cedula, razón por la cual el Instituto ha decidido dejar de prestarle el servicio de salud, es una carga administrativa que compete a la entidad y no a la ciudadana (...)*”.

Ahora; para el asunto, debe explicar la Sala, cuál es la definición del término urgencias. La noción se encuentra en el artículo 3° del Decreto 412 de 1992, que dispone lo siguiente:

*1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.*

*2. ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.*

*3. ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.*

Acorde con dichas definiciones, se advierte que tal como lo señaló el actor, en el presente caso no nos encontramos frente a una urgencia, ni a un



padecimiento vital, pese a la edad del accionante, premisas que se sustentan no solo con la fotocopia de la cédula de ciudadanía del demandante, sino también, de la historia clínica emitida por Esplendent, por lo que bajo tales supuestos desde ya, debe indicarse que no es procedente el reembolso de las sumas canceladas.

Se llega a tal conclusión, ya que como lo afirmó el fallador de primer grado, si bien se menciona la pérdida de confianza del señor Guevara Sánchez respecto de su médico tratante la Dra. María Carolina Novoa, también lo es, que pudo solicitar otro concepto médico de otra profesional de la medicina adscrita a la misma EPS, una vez tuvo la cita en la IPS Esplendent S.A.S., en la que le informaron que no era necesaria la extracción del molar 26, sin embargo, la actuación del demandante no se orientó en tal sentido, sino que por el contrario, fue su decisión adelantar el tratamiento médico en dicha Institución Prestadora de Salud, que era ajena a la red de servicios con la que contaba la Nueva EPS.

Aunado a lo anterior, tampoco es comprensible para esta Sala de Decisión, que al ser el malestar según el propio dicho del actor tan insoportable y que generó dolores estomacales tan fuerte, porqué no acudió con anterioridad a la Nueva EPS, sino que se dirigió de forma directa a la IPS Esplendent para cotizar la prótesis, la que para el momento no era indispensable, pues lo pretendido era aliviar el dolor que padecía, más aún, cuando esperó el término de ocho meses para acudir a un nuevo control por fuera de la red prestadora del servicio de la EPS.

Finalmente, debe precisarse que si bien es cierto se aduce por la parte actora en el escrito de impugnación, que el tratamiento lo realizó en la IPS, por la demora en la

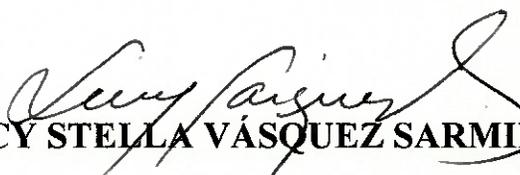


asignación de citas con especialistas, el estudio del caso y aprobar el procedimiento respectivo, también lo es, que tales supuestos no se encuentran acreditados al interior del proceso, pues por el contrario, del dicho de la parte actora, siempre la EPS le brindó la asignación de citas que peticionaba, por lo menos en la especialidad de odontología, por lo que dicha carga probatoria de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 del C.G.P. se encontraba radicada en cabeza de la parte actora, quien no demostró los supuestos de hecho en los que fundó su reclamación.

Así las cosas, se confirmará la providencia apelada.

#### **DECISIÓN:**

En razón y mérito de lo expuesto, la SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la decisión de primera instancia, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta decisión. Sin costas en el recurso. **NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE.**

  
**LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

Magistrada

  
**LILLY YOLANDA VEGA BLANCO**

Magistrada



Ref.: Radicación N° 11-001-22-05-000-2022-00212-01. Proceso Sumario de Marco Tulio Guevara Sánchez contra Nueva EPS (Fallo de Segunda Instancia).

**LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL**

Magistrado



*República de Colombia*

**TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL  
SALA LABORAL**

Bogotá D.C., veintiuno (21) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

Magistrada Ponente: **Dra. LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

**Ref.: Radicación N° 11-001-31-05-000 2020 00739 01. Proceso Sumario de Armando Rafael Benavides Domínguez contra Coomeva EPS S.A. en liquidación (Fallo de Segunda Instancia).**

En Bogotá D.C, la Magistrada Ponente en asocio de los Magistrados que conforman la Sala Séptima de Decisión, procede a proferir de plano la siguiente,

**SENTENCIA:**

ARMANDO RAFAEL BENAVIDES DOMINGUEZ convocó a COOMEVA EPS Y NUEVA EPS, para obtener el reconocimiento y pago de incapacidades generadas por motivo de enfermedad común o general entre el 28 de diciembre de 2016 hasta 8 de octubre de 2017.

**HECHOS:**

En lo que interesa al asunto adujo que el accionante que en el mes de marzo de 2015, tiempo en que laboraba en KW Servicios Integrados LTDA, le fue diagnosticado un tumor “*neuroma del nervio acústico*”, afectando su capacidad laboral.

Refirió que hasta el día 540 de incapacidad recibió el pago del auxilio correspondiente por parte de Coomeva EPS y de Colpensiones; sin embargo,



las incapacidades causadas a partir del día 541 y hasta el día 780 no le han sido pagadas, a pesar de que elevó la correspondiente solicitud ante Coomeva EPS mediante derecho de petición del 14 de agosto de 2017 y respecto del que obtuvo respuesta negativa el 30 de agosto de la misma anualidad.

Agregó que en virtud de su traslado a la Nueva EPS, esta última le deuda 30 días más de incapacidad.

### **ACTUACIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:**

La petición fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 2 de noviembre de 2017 en contra de Coomeva EPS y Nueva EPS, y dispuso la vinculación de la sociedad KWS Servicios Integrales Ltda.

Corrido el traslado en virtud de lo previsto en el artículo de la Ley 1438 de 2011, las peticionadas dieron contestación dentro del término concedido, COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. adujo en esencia que en tanto que el accionante cuenta con incapacidades superiores a 540 días, de acuerdo con lo previsto en el artículo 6° de la Ley 1753 de 2016, no es procedente el pago de las mismas hasta tanto no se cree la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se efectúe la reglamentación correspondiente. Propuso en su defensa la excepción de mérito de buena fe.

La NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. manifestó oponerse a todas y cada una de las pretensiones en tanto no se encuentran reunidos los presupuestos legales vigentes para el reconocimiento y pago del reembolso deprecado. Propuso en su defensa las excepciones de mérito que denominó falta de legitimación en la causa por activa, falta de legitimación en la causa por



pasiva, inexistencia de la obligación en cabeza de la Nueva EPS y los recursos de la salud tienen un carácter limitado y una destinación específica.

La Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación profirió sentencia en la que ordenó a la COOMEVA EPS el pago de la suma de \$6'239.596,00 y a NUEVA EPS el pago de la suma de \$737.717,00. Para arribar a la anterior determinación consideró en esencia que en los términos del artículo 2.2.3.3.1. del Decreto 1333 de 2018 el demandante tiene derecho al reconocimiento de las incapacidades superiores a 540 días, en tanto que cuenta con concepto favorable de rehabilitación.

Inconforme con la anterior decisión, la demandada EPS Cafesalud interpuso recurso de apelación, el cual fue concedido.

### **FUNDAMENTOS DEL RECURSO:**

Solicita la apoderada de la COOMEVA Entidad Promotora de Salud S.A., se revoque la decisión adoptada por la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación; aduce al efecto, que como el accionante reporta incapacidades superiores a los 540 días, no resulta procedente el pago de las mismas, de acuerdo con lo que para el efecto establece el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015.

Sostiene al efecto que conforme con el referido precepto los recursos para financiar las prestaciones a cargo del Sistema General de Salud serían administrados por la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que sería esta la encargada de reconocer las prestaciones económicas a las Entidades Promotoras de Salud, in que a la fecha esta entidad haya sido creada; y que aunado a ello, el reconocimiento de incapacidad temporal superior a 540 días, tampoco ha sido reglamentado.



## CONSIDERACIONES DE ESTA SEGUNDA INSTANCIA

Al tenor de lo dispuesto en el artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, por medio del cual se le conceden funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para fallar con carácter definitivo con las facultades propias de un juez, así como se recuerda que el recurso de apelación se hará ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate, esta Corporación en razón de este presupuesto legal, abordará el estudio de la alzada.

Ahora bien, de acuerdo con lo establecido en el artículo 66A del C.P.T y S.S., de acuerdo con los argumentos expuestos en los recursos de apelación, el análisis de la Sala se circunscribe al estudio de las inconformidades planteadas en los escritos de interposición de los recursos, atendiendo las razones de disenso expuestas en la sustentación por los recurrentes, ya que todo aquello cuya revocatoria no se impetra con las debidas motivaciones ha sido aceptado.

En esas condiciones, corresponde tener en cuenta que, al no haber sido objeto de inconformidad las conclusiones relativas a la generación de las incapacidades médicas del accionante entre el 28 de diciembre de 2016 y el 8 de septiembre de 2017, por parte de COOMEVA EPS; corresponde a la Sala determinar si esta entidad se encuentra obligada a efectuar el pago de las mismas a pesar de que se generaron con posterioridad al día 540.

Al respecto, considera la Sala oportuno recordar que la incapacidad laboral, consiste en una limitación temporal física o mental que le impide al trabajador desempeñarse en la actividad que normalmente desempeña; pero lo importante de esta definición no es el hecho de que el trabajador presente esa



inhabilidad, sino la consecuencia o tipo de protección jurídica que el ordenamiento ha dispuesto en favor de la persona que sufre esa limitación.

De esta manera, la legislación laboral consagra el pago de un subsidio o auxilio económico, bien sea en cabeza del empleador, las EPS o ARL, el cual tiene como propósito suplir el salario del trabajador dependiente o independiente, durante el tiempo en que por razones médicas éste se encuentra impedido para desempeñar sus labores, con mayor razón cuando las incapacidades laborales son presumiblemente la única fuente de ingreso con que cuenta el trabajador para garantizarse su mínimo vital y el de su núcleo familiar.

Ahora; en lo que respecta puntualmente al reconocimiento del auxilio monetario por incapacidad laboral superior al día 540, observa la Sala que el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 estableció expresamente que los recursos a cargo de La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuya creación se dispuso en el artículo 66 del mismo conjunto normativo, se destinarían entre otros fines al *“...reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos. El Gobierno Nacional reglamentará, entre otras cosas, el procedimiento de revisión periódica de la incapacidad por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva, y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades.”*; no obstante, advierte la Sala que dimanaba con meridiana claridad de la anterior disposición que la obligación de reconocer las incapacidades con posterioridad al día 540 se encuentran a cargo de las EPS.



Al respecto la H. Corte Constitucional en las sentencias T-144 de 2016, T-200 de 2017 y T-401 de 2017, reconoció que con ocasión a la expedición de la Ley 1753 de 2015, se superó el déficit de protección existente en relación con las personas que presentaban una pérdida de capacidad laboral inferior al 50% y tenían incapacidades superiores al día 540. En la última de las referidas decisiones, luego de transcribir el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015, sobre el particular expresó:

*“Como se puede observar en la norma transcrita, el Legislador asignó la responsabilidad de sufragar las incapacidades superiores a 540 días a las EPS, quienes podrán perseguir el reconocimiento y pago de las sumas canceladas por dicho concepto ante la entidad administradora de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según lo prescrito en el artículo 67 de la Ley 1753 de 2015.*

*Igualmente, conviene aclarar que el deber legal de asumir las incapacidades originadas en enfermedad común que superen los 540 días (que, se reitera, está en cabeza de las EPS) no se encuentra condicionado a que se haya surtido la calificación de pérdida de capacidad laboral, toda vez que la falta de diligencia de las entidades no puede derivar en una carga más gravosa para quien afronta una incapacidad prolongada.*

*33. Con fundamento en esta normativa, es claro que en todos los casos futuros, esto es, los suscitados a partir de la vigencia de la ley –9 de junio de 2015–, el juez constitucional y las entidades que integran el Sistema de Seguridad Social deberán acatar lo dispuesto en dicho precepto legal.”*

En tal sentido, no resulta de recibo los argumentos expuestos por la impugnante para negar su responsabilidad en el reconocimiento y pago del auxilio económico derivado de las incapacidades médicas de la accionante, quien como se indicó, no fue objeto de discusión estuvo incapacitada por el periodo comprendido entre el 28 de diciembre de 2016 y el 8 de septiembre de 2017, y presenta una pérdida de capacidad laboral inferior al 50%, tal como



se deriva del dictamen practicado por la Junta Nacional de Calificación de Invalidez; con mayor razón cuando dicha obligación fue reafirmada en el artículo 2.2.3.3.1. del Decreto 1333 de 2018.

Los argumentos expuestos, considera la Sala, resultan suficientes para confirmar la determinación acogida por la servidora judicial de primer grado. Costas en esta instancia a cargo de la recurrente.

### **DECISIÓN:**

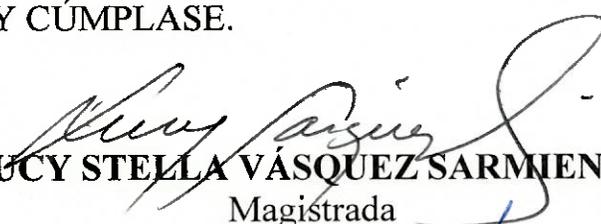
En razón y mérito de lo expuesto, la SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

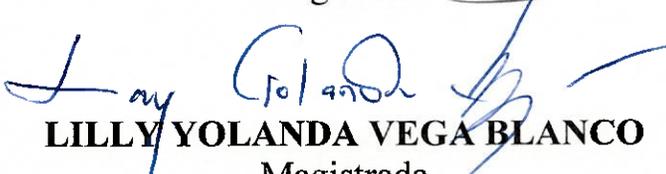
### **RESUELVE**

**PRIMERO.- CONFIRMAR** la sentencia proferida por la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, dentro del asunto de la referencia.

**SEGUNDO.-**Costas en esta instancia a cargo de la accionada, para su tasación inclúyanse como agencias en derecho la suma de \$400.000,00.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

  
**LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**  
Magistrada

  
**LILLY YOLANDA VEGA BLANCO**  
Magistrada



Ref.: Radicación N° 11-001-31-05-000 2020 00739 01. Proceso Sumario de Armando Rafael Benavides Domínguez contra Coomeva EPS y Otra (Fallo de Segunda Instancia).

**LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL**  
Magistrado



**República de Colombia**

**TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL  
SALA LABORAL**

Bogotá D.C., veintiuno (21) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

Magistrada Ponente: **Dra. LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

**Ref.: Radicación N° 11-001-31-05-000-2022-00895-01. Proceso Sumario de Juan Carlos Rodríguez Trompa contra Cruz Blanca EPS en Liquidación (Fallo de Segunda Instancia).**

En Bogotá D.C, la Magistrada Ponente en asocio de los Magistrados que conforman la Sala Séptima de Decisión, procede a proferir de plano la siguiente,

**SENTENCIA:**

Juan Carlos Rodríguez Trompa convocó a Cruz Blanca EPS para obtener mediante los trámites propios del proceso verbal sumario, el reembolso de las sumas de dinero que debió pagar con recursos propios por concepto de la cirugía por desprendimiento total de retina en la IPS Sociedad Oftalmológica OFA S.A.S. en la clínica de ojos. Pretensiones que tienen sustento en los siguientes,

**HECHOS:**

Indica el escrito promotor del litigio, que asistió a control de retina autorizado por la demandada a la entidad Exilaser el 1° de febrero de 2019,



en la que le indican que la retina se ha vuelto a desprender, ya que se había realizado una cirugía de forma previa por parte de la EPS, indicándose en tal control, que se requería intervención quirúrgica urgente, para evitar que se continuara con el desprendimiento, el que estaba en un 20%; que la demandada remitió al paciente a la IPS Bioimagen, lugar donde le indican que no le podían realizar los exámenes, ya que no existía orden médica, sin embargo, en Cruz Blanca le manifestaron que allí lo atendería sin necesidad de autorización, desplazándose en dos oportunidades desde el municipio de Madrid hasta Bogotá, no obstante decidió solicitar cita por medicina general para que se transcribieran las órdenes; que el 8 de febrero volvió a tener control en Exilaser, donde se le indica que el desprendimiento se mantiene y que la cirugía debía ser urgente, toda vez que el mismo estaba avanzando y debía detenerse antes de llegara la zona macular que es la zona de mayor visión en el ojo, por lo que bajo tal supuestos, asistió al anesthesiólogo con los resultados de los laboratorios y del electrocardiograma el 16 de febrero, momento en el cual se revisan los exámenes y se le indican que no ven inconvenientes con los resultados.

Adujo, que nuevamente acudió a Exilaser el 22 de febrero, por cuanto no se había programado la cirugía, momento en el que se le informó que el desprendimiento era total, dejando la constancia por parte del médico tratante, sin embargo, continúa asistiendo cada 8 días a controles con el retinologo, sin embargo, dada la premura de su patología, pidió a Exilaser que le tramitaran de forma urgente el procedimiento, sin embargo, le fue informado que la autorización se efectuaba de forma interna con la EPS; que dada la situación incierta en su visión y la falta de atención oportuna por parte de la EPS, se realizó la cirugía con retinologo particular, pese a que si bien su empleador continúa efectuando los pagos a seguridad social, también lo es, que por su problema de salud no percibe salario alguno, lo que ha implicado, solicitar préstamos de dinero, por lo que solicita el



reembolso de la suma pagada, pues dio cumplimiento a la totalidad de requerimientos efectuados por la EPS y por Exilaser; que el progenitor se acercó a medidas del mes de marzo a Exilaser a solicitar la autorización de la cirugía y el recobro del dinero, sin embargo, le informaron que la EPS no ha tramitado la autorización; que solicito ante Cruz Blanca el reembolso de los pagado por la cirugía (\$4.000.000,00. M/cte) el 19 de marzo de 2019, valor que corresponde solamente a la sala de cirugía en la Clínica de Ojos, pues el médico que hizo la intervención no cobró honorarios por la situación económica del señor Rodríguez Trompa, la que fue negada mediante escrito del 22 de marzo, bajo el supuesto que no se allegaba soporte de negación o demora en la autorización de la EPS, así como, por cuanto no se describía el procedimiento facturado; que interpuso acción de tutela para poder agilizar el trámite de la autorización para la cirugía, sin embargo, el mismo también se profirió de forma tardía; que esperó más de un mes para que se autorizara el procedimiento quirúrgico, hasta que el desprendimiento estuvo en un 98%, momento en el cual y ante la urgencia que manifestó el médico tratante, fue que procedió con el tratamiento particular, pese a que cumplió cada una de las etapas dispuestas por la EPS y por designado en salud, sin que le hubieren autorizado y practicado el mismo.

#### **ACTUACIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:**

La petición fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 16 de mayo de 2019<sup>1</sup>. Corrido el traslado en virtud de lo previsto en el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, la peticionada dio contestación dentro del término concedido, manifestando que no es procedente el reembolso solicitado por

---

<sup>1</sup> Cfr. Fls 27.



el demandante de conformidad con lo dispuesto en el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, esto por cuanto no se cumplen los requisitos legales, ya que el actor allegó los documentos requeridos para el trámite de reembolso, aunado, con que no demuestra la imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte de la EPS frente la autorización y la posterior cirugía, advirtiendo que cuenta con la cobertura respectiva por parte de su prestadores de salud.

El aquo profirió sentencia el 28 de noviembre de 2019<sup>2</sup>, a través de la cual ordenó a la demandada, proceder al reembolso de los dineros gastados por el accionante para la atención brindada por la institución particular a afectos de recuperar su estado de salud, en la suma de \$4.000.000,00.

Inconforme con la decisión, la apoderada de la demandada interpuso recurso de apelación, el cual le fue concedido en el efecto suspensivo.

### **FUNDAMENTOS DEL RECURSO:**

Afirmó en primera medida la recurrente que la EPS se encuentra en trámite de liquidación, para lo cual hizo mención de las resoluciones emitidas por la Superintendencia Nacional de Salud tendientes al proceso de intervención forzosa administrativa. Así mismo, como segundo punto adujo que solamente es procedente el reembolso de las sumas pagadas por parte de los afiliados, cuando se acrediten los requisitos del artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, aunado, con que los documentos presentados no tienen los soportes requeridos, así como, por cuanto no existen negligencia de parte de Cruz Blanca, en la medida que el demandante tenía aprobada la práctica de la intervención quirúrgica, sin

---

<sup>2</sup> Cfr. Fls 33/38.



embargo, fue su deseo asumir de forma caprichosa el pago del procedimiento particular.

Aunado a lo anterior, debe advertirse que tampoco se encuentra acreditada el riesgo en el estado de salud, ni en la vida del paciente, ya que se emitió la autorización del 15 de marzo de 2017 y el procedimiento se llevó a cabo el 28 del mismo mes y año, lo que permite concluir que la cirugía particular se realizó de forma arbitraria, bajo su responsabilidad y costo, por lo que no es procedente el reembolso de la señora "*Mercedes Serrano Chauz*", pues se acreditó el tratamiento efectuado en favor de la misma por los años 2016 y 2017.

Finalmente, manifestó que los recursos a la salud tienen una destinación específica, por lo que no se pueden destinar para situaciones diferentes a las de la atención de los usuarios y por ello no se puede reconocer valores sin el cumplimiento de los requisitos de ley.

Con base en lo anterior, la pasiva solicitó la revocatoria de la sentencia impugnada, para que en su lugar se absuelva de las pretensiones formuladas en su contra.

### **CONSIDERACIONES DE ESTA SEGUNDA INSTANCIA**

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, por medio del cual se le conceden funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para fallar con carácter definitivo con las facultades propias de un juez, lo mismo que la idea según la cual, el recurso de apelación se hará ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate, esta



Corporación en razón de estos presupuestos legales, abordará el estudio de la alzada.

No obstante, de forma previa a resolver el litigio planteado, debe esta Sala de Decisión, advertir que conforme con el principio de consonancia y congruencia que rige en materia laboral, no es necesario efectuar pronunciamiento mayor referente al motivo de impugnación planteado por la demandada Cruz Blanca EPS, denominado como “*INEXISTENCIA DE LOS PERJUICIOS RECLAMADOS*”, teniendo en cuenta que en primer lugar las manifestaciones allí contenidas, giran en torno a la afiliada señora Mercedes Serrano Chaux, mientras que el ligio fue propuesto por el señor Juan Carlos Rodríguez Trompa y en segundo lugar, por cuanto en el mismo se habla por parte de la EPS de patologías concernientes a los años 2016 y 2017 de la misma señora, mientras que en la demanda primigenia se hace referencia a los padecimientos ocurridos a partir del febrero de 2019.

Observa la Sala, que el accionante, señor Juan Carlos Rodríguez Trompa acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se definiera en su favor el reconocimiento del reembolso de los dineros que tuvo que sufragar para la realización de la cirugía, ante el dictamen de desprendimiento de retina; procedimiento que le fue practicados en la Clínica de Ojos, debido a que Cruz Blanca no tramitó la autorización de la cirugía ordenada por el médico tratante.

Para declarar el derecho en favor del accionante consideró que “... *Según la documental médica que obra en autos y el informe médico que antecede, el demandante requirió de atención de urgencias debido a la patología que presentaba, prueba de ello es que al demandante tuvieron que intervenirlos quirúrgicamente de manera urgente, dado que de no*



*practicarle la cirugía hubiera terminado con consecuencias en la salud del demandante.”.*

*Así mismo consideró que “... la EPS demandada tenía pleno conocimiento de la patología que presentaba el demandante, pues desde el mismo instante en que fue atendido por el especialista por retinología, médico adscrito a la EPS, quien le informó del desprendimiento de retina, del procedimiento que debía realizarse y la premura con la cual debía brindarse e tratamiento médico, pese a todo lo anterior, la EPS demandada nunca procedió a autorizar el procedimiento médico de retinopexia con banda recambio de silicón ojo derecho, conllevando a que el demandante accediera al servicio particular, que a la postre terminara con la realización de la cirugía objeto de solicitud de reembolso.”.*

*De igual forma agregó que “Con lo cual queda demostrada la negligencia por parte de CRUZ BLANCA EPS, al no autorizar la realización del procedimiento de retinopexia con banda recambio de silicón, pese a tener pleno conocimiento que la patología que presentaba era delicada y se debía definir de manera urgente el tratamiento a seguir.”.*

*Finalmente indicó que “... En consecuencia, es procedente acceder al reembolso solicitado por la parte demandante dado que CRUZ BLANCA EPS, no demostró que cumpliera con el deber de autorizar la atención de urgencias situación ésta que evidencia fallas en la accesibilidad, oportunidad y continuidad de la prestación del servicio de salud. (...).”.*

Efectuada la anterior reseña, el aspecto siguiente a resolver hace referencia a la inconformidad de la pasiva, según la cual la situación fáctica planteada no encuadra dentro de los requisitos legales para que la EPS proceda a reconocer los dineros sufragados por el accionante porque: i) la atención



ofrecida en la IPS particular a la que acudió no podía ser calificada de urgencia; ii) porque la entidad en ningún momento autorizó la atención y ;iii) por cuanto no se demostró incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia en la prestación del servicio de salud.

Para dar respuesta a tales cuestionamientos, se debe mencionar, que la jurisprudencia constitucional ha sido prolífica en la contextualización y desarrollo doctrinal del derecho a la salud, partiendo siempre de la base, que la salud no es sólo la ausencia de dolencia o enfermedades, sino un estado íntegro de bienestar de la persona, que comprende el aspecto moral, físico y social, concepto que está acorde con la definición que ha adoptado la Organización Mundial de la Salud.

También se debe recordar que ante los hechos que han demarcado la sucesiva y continua vulneración a este derecho, llevaron a que el alto Tribunal constitucional considerara a la Salud como un derecho fundamental autónomo, tal como se reseñó en la sentencia T-760 de 2008, que sobre este punto indicó que *“...son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”*, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que *el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela. La*



*jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo...”<sup>3</sup>*

De otro lado, es preciso señalar que, si bien es cierto, el ejercicio de este derecho se encuentra soportado sobre una estructura administrativa para su funcionamiento, tal situación no puede llegar al punto de convertirse en una barrera para hacer nugatoria la prestación del servicio de salud, lo cual comprende el diagnóstico, los procedimientos o intervenciones quirúrgicas, el suministro de medicamentos o cualquier otro servicio requerido para hacer efectivo este derecho, con mayor razón cuando se trata del servicio de urgencias; de suerte que todo lo relacionado con autorizaciones, cobros, corrección de información, actualización de datos, entro otros parecidos están a cargo de la entidad administradora y no en cabeza del usuario.

En la aludida sentencia T-760 de 2008, la Corte se pronunció de la siguiente manera:

*“(...) Para la Corte ‘las EPS no pueden imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad’. En tal sentido, cuando una EPS niega servicios de salud a una persona que tiene derecho a ellos, porque no realizó un trámite que le corresponde realizar a la propia entidad, irrespeta su derecho a la salud, puesto que crea una barrera para acceder al servicio. (...)”.*

Y en sentencia T-146 de 2011 sobre este mismo tema, indicó:

***“(...) Los trámites administrativos internos de una entidad no pueden constituirse en una carga para el ciudadano. Reiteración jurisprudencial.***

*En repetidas oportunidades esta Corporación ha señalado que un trámite administrativo interno de una entidad no puede constituirse en una barrera para el disfrute de los derechos de una persona. Las cargas administrativas internas le corresponde soportarlas a la entidad y no al ciudadano. De manera específica, una entidad del sector salud no puede trasladarle sus cargas y confusiones administrativas*

<sup>3</sup> Cfr., consideración jurídica No. 3.2.1.3



*al ciudadano. Así los señaló la sentencia T-760/08 al indicar que, “Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud sin que las EPS puedan imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad”. En esta oportunidad la Sala reiterará esta regla, toda vez, que la confusión que se suscita a partir de que en el sistema de la entidad aparecen dos personas con el mismo número de cedula, razón por la cual el Instituto ha decidido dejar de prestarle el servicio de salud, es una carga administrativa que compete a la entidad y no a la ciudadana (...).”*

Ahora; para el asunto, debe explicar la Sala, cuál es la definición del término urgencias. La noción se encuentra en el artículo 3° del Decreto 412 de 1992, que dispone lo siguiente:

*1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.*

*2. ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.*

*3. ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.*

Acorde con dichas definiciones, debe advertirse que contrario a lo aducido por la EPS, sí se evidencia el nivel de urgencia para la realización de la cirugía que requería el paciente, ya que de la historia clínica emitida por la IPS Exilaser S.A. adscrita a Cruz Blanca EPS, se describe el diagnóstico como “*DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA*”, patología que fue descubierta por el médico tratante desde el 1° de febrero de 2019, sin embargo, en control llevado a cabo por la misma Institución Prestadora de Salud los días 22 y 28 del mismo mes y año, se indicó “*PENDIENTE REALIZAR CIRUGÍA, DEMORAS EN PROCEDIMIENTO DEPENDE DE AUTORIZACIÓN Y PROGRAMACIÓN POR PARTE DE LA EPS, SE EXPLICA PRONÓSTICO VISUAL*”, por lo que se procedió



con el pago de la cirugía el 6 de marzo de 2019 y se llevó a cabo la misma el día 14 de marzo de la misma calenda.

Aunado a lo anterior, se debe traer a estudio lo normado en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, que establece:

*“Artículo 41º. 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, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:*

*b. Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.”.*

Así las cosas, no solo se evidencia la urgencia con la que se debía atender el padecimiento del hoy demandante, sino que además, se advierte tanto la negativa injustificada, como la negligencia en que incurrió la EPS, al no autorizar y llevar a cabo la cirugía ordenada por el médico tratante, pues contaba con los especialistas dentro de red prestadora de servicios, así como, que tenía conocimiento de la situación por la que atravesaba su afiliado, no obstante, no actuó con la debida diligencia para restablecer la salud del señor Rodríguez Trompa.

Finalmente, debe señalarse que tampoco se puede acoger el dicho referente a que existe destinación específica de los dineros de la salud, por cuanto tal como se indicó con anterioridad, cuando se acredita cualquiera de los

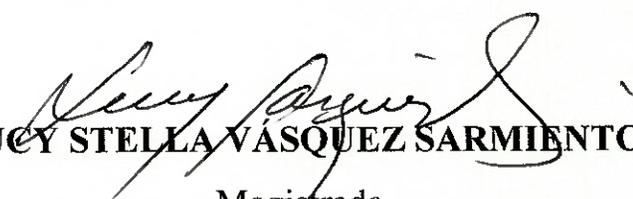


casos establecidos en la Ley, es procedente el reembolso de los dineros pagados por el afiliado.

Así las cosas, se confirmará la providencia apelada.

### DECISIÓN:

En razón y mérito de lo expuesto, la SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la decisión de primera instancia, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta decisión. Sin costas en el recurso. **NOTIFÍQUESE** y **CÚMPLASE**.



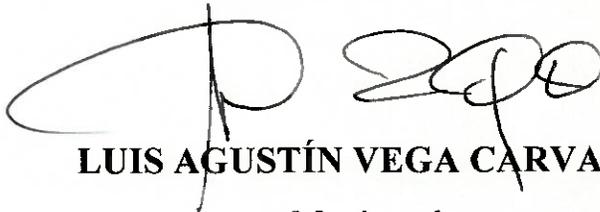
LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO

Magistrada



LILLY YOLANDA VEGA BLANCO

Magistrada



LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL

Magistrado