

**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL  
DE BOGOTA D. C.  
SALA LABORAL**

**Mag. Ponente: Dr. MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO.**

**PROCESO SUMARIO INSTAURADO POR WILSON GUILLERMO VARELA  
CONTRA MEDIMÁS EPS S.A.S**

Bogotá, D. C., treinta (30) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Se resuelve el recurso de apelación propuesto por el apoderado de MEDIMAS EPS, contra el fallo dictado el 3 de noviembre de 2021 por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud. En dicha sentencia se le ordenó a MEDIMAS EPS SA, en un plazo no mayor a siete (7) días, re programe y garantice la consulta en la especialidad de radioterapia, en una IPS de su Red de Prestación de servicios, conforme al procedimiento prescrito el 1 de septiembre de 2021 (sic) por el médico urólogo Rodolfo Varela.

**ANTECEDENTES**

WILSON GUILLERMO VARELA elevó solicitud ante la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD para que, en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales, se *“ordene la cobertura de los procedimientos y/o actividades y/o intervenciones incluidas en el plan de beneficios en salud -PBS RADIOTERAPIA EXTERNA, que fue negada por MEDIMÁS E.P.S.”*.

Como fundamento de sus pretensiones afirma que debido a sus exámenes de control, encontraron *“elevación patología del PSAT 16NG”*, razón por la cual fue remitido con el especialista en urología quien le ordenó biopsia prostática y diagnosticó la presencia de tumor maligno de la próstata. Asegura que debido a su patología, se le ordenó cirugía de urgencia en la IPS Oncolife,

clínica que entregó el resultado de la biopsia con la cual se dirigió a la IPS MEDISERRANO en donde, el 8 de septiembre de 2021, a raíz de una cita de control, se le ordenó radioterapia externa de manera urgente. Sostiene que el 10 de septiembre siguiente, acudió a las instalaciones de MEDIMÁS, solicitando la autorización del servicio ordenado, pero este le fue negado (folios 1 a 2).

Mediante auto proferido el 30 de septiembre de 2021, la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación admitió la demanda y decretó medida cautelar ordenando a la EPS accionada que en un término no mayor a 48 horas, autorizara la consulta con especialidad en radioterapia, la cual debía llevarse a cabo en un plazo no mayor a 10 días, conforme la orden prescrita por su médico tratante (folios 4 y 5).

MEDIMÁS EPS S.A.S contestó la demanda, mediante apoderado especial. Se opuso a la prosperidad de la acción con fundamento en que esa EPS cumplió las pretensiones del demandante, razón por la que debe disponerse la terminación del proceso y el archivo de las diligencias por carencia actual de objeto por hecho superado.

Sobre los hechos que fundamentan las pretensiones afirma que el 5 de octubre de 2021 generó programación de *consulta primera vez radioterapia* para el miércoles 13 de octubre de 2021 a las 7:30 a.m. en la modalidad presencial, en el centro de Cancerología de Boyacá, la cual le fue informada al actor vía whatsapp, quien manifiesta aceptación, confirma asistencia y se le dan indicaciones (archivo “3. CONTESTACIÓN DEMANDA 20219300403285722.msg” del CD de folio 28).

Terminó la instancia con sentencia proferida el 3 de noviembre de 2021 por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD – SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, en la que se accedió a las pretensiones de la demanda y se ordenó a MEDIMÁS EPS S.A.S. garantizar al actor la consulta en la especialidad de

radioterapia en una IPS de la red de prestadores de MEDIMÁS E.P.S., en un plazo no mayor a siete (7) días conforme al procedimiento prescrito el 1 de septiembre de 2021 por el médico tratante.

Para tomar su decisión, la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación indicó que si bien es cierto la EPS demandada programó *consulta primera vez radioterapia* para el 13 de octubre de 2021, en modalidad presencial, en el Centro de Cancerología de Boyacá, la misma fue reprogramada para el 17 siguiente, día en el que no brindan atención a pacientes por ser domingo y, en esa medida, no se le había garantizado en debida forma la tecnología en salud que le fuera ordenada al actor por el médico urólogo, de allí que no se configurara el hecho superado. Indicó que se han generado una serie de barreras administrativas en la prestación del servicio de salud, siendo en este caso indispensable la continuidad del tratamiento por tratarse de un paciente oncológico (folios 12 a 18).

### **APELACIÓN**

Como argumentos de apelación, el apoderado de MEDIMÁS EPS SAS afirma que la EPS gestionó administrativamente lo pertinente para el manejo de la patología del paciente demandante y seguirá garantizando los servicios a través de la red contratada y según el grado de complejidad de la patología. En ese sentido, informa que el 8 de octubre de 2021 estableció comunicación con Wilson Guillermo Varela para informar que la consulta fue aplazada y reasignada para el 17 de octubre de 2021 a la cual el demandante no pudo asistir, quien a su vez informa que tiene programada consulta el 15 de noviembre de Urología, con el doctor Rodolfo Varela en la Unidad Médica Oncológica ONCOLIFE IPS, para presentar los resultados de exámenes de laboratorio. Por lo anterior, pide que se revoque la sentencia dictada en primera instancia, se dé por terminado el proceso y se ordene el archivo de la actuación (archivo "5. RECURSO DE APELACIÓN NURC 20219300403530132.msg", del CD de folio 28).

La Sala de Decisión asume el conocimiento de esta apelación de conformidad con lo establecido en el artículo 13 de CPT y SS, para asuntos no susceptibles de fijación de cuantía.

### **CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL**

Para resolver la solicitud que se tramita en este expediente, se debe recordar que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen el deber de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a favor de los afiliados (artículo 162 de la Ley 100 de 1993) atendiendo las normas y principios que rigen el Sistema de Seguridad Social en Salud, y para financiarlo reciben el valor estandarizado de *Unidad de Pago por Capitación* (UPC), unidad de medida del costo de los servicios por persona y por año.

Ahora, el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 prevé que el sistema garantizará el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral que incluya su promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En garantía de ello, se configuró un Plan de Beneficios en Salud –PBS- que contempla una serie de servicios, medicamentos e insumos, que deben ser garantizados por las EPS, por lo tanto, si existe prescripción médica para su otorgamiento, estos deben ser ordenados pues no es “*constitucionalmente admisible que se niegue cualquier tecnología en salud incluida en el plan de beneficios que sea formulado por el médico tratante bajo ninguna circunstancia*” (SU 508 DE 2020, M.P. ALBERTO ROJAS RÍOS y JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS).

Con los referentes normativos y jurisprudenciales expuestos, se confirmará la sentencia dictada en primera instancia por la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, como quiera que ninguna de las

pruebas aportadas al expediente da cuenta que al demandante se le garantizó la “*consulta de primera vez por especialista en radioterapia*” –que constituye la base del pedimento del actor- la cual le fue ordenada el 8 de septiembre de 2021, dentro del plan de manejo de su diagnóstico de “*tumor maligno de la próstata*” (ver historia clínica, Cd de folio 28), servicio que según lo estableció la juez de primera instancia está cubierto por el plan de beneficios en salud – aspecto sobre el cual ningún reparo se formuló en la apelación-.

Sobre la materia resulta pertinente señalar que, aunque en la auditoria presentada por la Gerencia de Calidad y Auditoría de MEDIMÁS E.P.S. (CD folio 28) se dejó anotado que se estableció comunicación telefónica con el demandante, quien informó no haber podido asistir a la cita del 17 de octubre de 2021 y que iba a esperar la lectura de los exámenes para saber si debe continuar con la cita de Radioterapia<sup>1</sup>, lo cierto es que dicha información resulta ser contradictoria, por cuanto, para el 8 de octubre de 2021 –fecha en que se dice llamaron al actor- no era posible establecer su inasistencia a la cita programada; además, según se dejó señalado en la motivación de la decisión de primer grado, la consulta agendada para el 17 de octubre de 2021 –según lo informó el actor-, no pudo llevarse a cabo porque ese día no se brindaba atención a pacientes ya que era domingo.

En ese sentido, solo existe constancia de la autorización del servicio pero no se tiene certeza que WILSON GUILLERMO VARELA haya accedido efectivamente a la “*consulta de primera vez por especialista en radioterapia*, precisando, la cita del 15 de noviembre de 2021 –tal como lo refirió la recurrente- era con la especialidad de urología.

---

<sup>1</sup> “El 8 de octubre 2021 a las 11:16 am se establece comunicación al número telefónico 3142136890, responde el señor Wilson Varela quien hace saber que, la IPS Centro cancerológico de Boyacá se comunicó con él, para informar, que la consulta es aplazada y es reasignada para el 17 de octubre 2021. El señor Varela informa que, no pudo asistir, pero que tiene programada consulta 15 de noviembre con UROLOGÍA Dr. Rodolfo Varela en la UNIDAD MEDICA ONCOLÓGICA ONCOLIFE IPS, para presentar resultados de exámenes de laboratorio que le ordenaron hacer. El señor Varela informa que, desea esperar que sean leídos los resultados para saber si debe continuar con la cita de RADIOTERAPIA.”

En ese orden, a pesar de que la demandada emitió la autorización y realizó algunas gestiones, se debe recordar el criterio jurisprudencial aplicado por la Corte Constitucional, según el cual, las autorizaciones de los servicios médicos *“constituyen un visto bueno de la EPS frente a la institución que suministrará el servicio pero no son la garantía de su prestación efectiva, pues no constituyen ni la programación o realización cierta del mismo e incluso su validez temporal está limitada”* (sentencia T-234 de 2013).

Por ello, la misma Corporación ha estimado que la *“prestación eficiente y efectiva del servicio de salud no puede verse interrumpida a los usuarios por la imposición de barreras administrativas que diseñe la misma entidad prestadora del servicio para adelantar sus propios procedimientos. En tal sentido, cuando se afecta la atención de un paciente con ocasión de circunstancias ajenas al afiliado y que se derivan de la forma en que la entidad cumple su labor, se desconoce el derecho fundamental a la salud de los afiliados”* (sentencia T-322 de 2018), lo que ocurrió en el caso bajo estudio, si se tiene en cuenta que la autorización de la consulta que se reclama fue generada el 6 de octubre de 2021, y desde entonces han transcurrido más de 4 meses sin que se haya demostrado que el paciente pudo recibir la radioterapia ordenada por su médico tratante.

COSTAS en la apelación a cargo de MEDIMAS EPS SAS.

En mérito de lo expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, D. C.,

#### **RESUELVE**

- 1. CONFIRMAR** la sentencia apelada, por las razones expuestas en la parte motiva.
- 2. SIN COSTAS** en la apelación.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

Así se firma por los magistrados que integran la Sala Sexta de decisión laboral,



MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO  
Magistrado



LORENZO TORRES RUSSY  
Magistrado



MARLENY RUEDA OLARTE  
Magistrada

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

**Mag. Ponente: Dr. MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO.**

**PROCESO SUMARIO INSTAURADO POR RAFAEL EDUARDO CORREA CAMACHO y ANA MARIA GARCIA CORREDOR CONTRA COMPENSAR EPS y LA FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL (J-2016-2354)**

Bogotá, D. C., treinta y uno (31) de marzo de dos mil veintidós (2022)

Se resuelve el recurso de apelación propuesto por el apoderado de COMPENSAR EPS, contra el fallo dictado el 09 de diciembre de 2020 por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud. En dicha sentencia se condenó a COMPENSAR EPS a reembolsar a RAFAEL EDUARDO CORREA CAMACHO y a ANA MARÍA GARCÍA CORREDOR la suma de \$13.745.922 por concepto de los gastos médicos en que incurrieron por la compra, de manera particular, del medicamento RITUXIMAB, ordenado a su hija menor, SILVANA CORREA GARCIA, por la IPS FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL.

**ANTECEDENTES**

RAFAEL EDUARDO CORREA CAMACHO y ANA MARIA GARCIA CORREDOR, actuando a través de apoderado, elevaron solicitud ante la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD para que, en ejercicio de sus funciones jurisdiccionales, ordenara el reembolso de \$13.745.922, pagados por el medicamento RITUXIMAB, que se ordenó a su hija SILVANA CORREA GARCÍA como tratamiento de sus patologías de *epilepsia, encefalitis, mielitis, encefalomielitis, no especificadas, encefalopatía, sinusitis aguda, trastorno de la conducta y otras convulsiones no especificadas.*

Como fundamento de sus pretensiones afirman que su hija, SILVANA CORREA GARCÍA, se encontraba afiliada como beneficiaria de su progenitor a la EPS COMPENSAR y que el 16 de junio de 2016, fue hospitalizada en la IPS FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL donde se le diagnosticó con *epilepsia, encefalitis, mielitis, encefalomiелitis, no especificadas, encefalopatía, sinusitis aguda, trastorno de la conducta y otras convulsiones no especificadas*, entre otros, para cuyo tratamiento le fueron ordenados *esteroides ev, dosis de ciclofosfamida, gammaglobulina y esteroides orales de mantenimiento*; no obstante, los médicos tratantes determinaron la refractariedad o falta de respuesta a los mismos, razón por la cual en junta médica del 29 de julio de ese mismo año se propuso y aprobó la administración del medicamento RITUXIMAB para su tratamiento, diligenciándose el 10 de agosto de 2016 el *formulario para justificación de uso de medicamentos fuera del Plan Obligatorio de Salud- POS*, en el que se indicó que la razón para no formular alguno de los medicamentos homólogos o alternativos en el listado POS fue que *“la respuesta terapéutica del medicamento inicialmente prescrito no era satisfactoria”*. Aseguran que a pesar de la justificación médico científica del uso del medicamento, COMPENSAR EPS negó la autorización del mismo, lo que los obligó a asumir su costo de manera particular para que fuera suministrado a su hija.

Sostienen que luego de la administración del RITUXIMAB la evolución de la menor fue favorable, motivo por el cual, en una nueva junta médica realizada el 25 de agosto de 2016, se ordena una segunda dosis que debía ser suministrada 14 días después de la primera, pero esta les fue igualmente negada por la EPS demandada, por lo que tuvo que el costo tuvo que ser nuevamente sufragado por ellos. Con todo, dicen, hicieron un primer pago por \$6.000.000, un segundo por \$5.000.000 y un tercero por \$2.745.922, para un total de \$13.745.922.

Comentan que en sentencia del 6 de septiembre de 2016 un juez de tutela concedió el amparo pretendido y ordenó a la EPS COMPENSAR adoptar las medidas administrativas correspondientes para que a la menor Silvana Correa

se le brindara la atención médica adecuada y se le suministrara el medicamento RITUXIMAB en la cantidad prescrita por los galenos. Relatan que solicitaron ante la FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL y la EPS el reembolso de los gastos en los que incurrieron, pero esta última negó el pago aduciendo que el medicamento no cumplía con los criterios establecidos en la Resolución 5395 de 2013 del Ministerio de Protección Social (folios 46 a 48)

Mediante auto proferido el 3 de abril de 2017, la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación dispuso la admisión de la demanda y corrió traslado a COMPENSAR EPS y la FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL para que contesten y aporten las pruebas necesarias, útiles, conducentes y pertinentes que tuvieran en su poder. Además, requirió a la última para allegara la copia de la historia clínica de la atención brindada a SILVANA CORREA GARCÍA en el 2016 e informara: i) Si la menor ingresó por el servicio de urgencias o de consulta externa; ii) si realizó proceso de verificación de derechos y la entidad responsable del pago de los servicios de salud de la misma, iii) si la menor ingresó como paciente particular; iv) si los padres de la menor confirmaron su vinculación al SGSSS a través de COMPENSAR EPS (folio 52).

Notificada la demanda, compareció al proceso COMPENSAR EPS y la contestó mediante apoderado, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones incoadas en su contra. Aceptó los hechos relativos a la negativa de la autorización para el suministro del medicamento RITUXIMAB, precisando que la solicitud fue analizada por el CTC el 18 de agosto y el 2 de septiembre de 2016 quien lo negó porque, si bien se considera y se contempla su uso dentro del tratamiento de segunda línea de este tipo de encefalitis, no existe indicación INVIMA para su administración en la paciente. Afirma que la negativa del reembolso no fue injustificada ni obedeció a una negligencia de su parte, sino a una justificación válida, conforme lo establecido en el literal b) del artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994. En su defensa formuló la excepción que denominó *inexistencia de obligación de reembolso por*

*inexistencia de situación de urgencia e inexistencia de negativa injustificada o negligencia demostrada (folios 60 a 68).*

También compareció la FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL, a través de su representante legal suplente II. Informó que i) la menor SILVA GARCIA CORREA ingresó a esa institución de salud el 16 de junio de 2016 a través de su servicio de urgencias, y ii) realizó la verificación de derechos y la entidad responsable de pago verificando que se encontraba activa en calidad de beneficiaria, y que la atención tanto de urgencias como de hospitalización estuvo a cargo de su asegurador COMPENSAR E.P.S. y no ingresó como paciente particular. Aportó la historia clínica correspondiente (folios 88 y 89).

Terminó la primera instancia con sentencia proferida el 9 de diciembre de 2020 por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD – SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, que ordenó a COMPENSAR EPS reembolsar a favor de RAFAEL EDUARDO CORREA CAMACHO y ANA MARIA GARCÍA CORREDOR la suma de \$13.745.922, por concepto de los gastos médicos que incurrieron por la compra, de manera particular, del medicamento RITUXIMAB ordenado a su hija menor, SILVANA CORREA GARCIA, por la IPS FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL. Para tomar su decisión, consideró que COMPENSAR EPS al negar mediante formato de Comité Técnico Científico el suministro y aplicación del medicamento RITUXIMAB, no tuvo presente las observaciones y la evolución médica de la paciente quien no había presentado mejoría con los demás tratamientos suministrados, por lo tanto vulneró la integralidad y continuidad de la atención en salud que demandaba un sujeto de especial protección constitucional, además de trasladar la carga administrativa a los padres. También discurrió que si bien a la fecha de los hechos el medicamento RITUXIMAB no contaba con registro INVIMA para el manejo y control del diagnóstico que presentaba la menor, lo cierto es que habían sido dos juntas médicas, entre ellas una interdisciplinaria conformada por las especialidades de pediatría, neurología y reumatología, las que tomaron la decisión de administrar el medicamento, de allí que existió una vulneración de las normas

que rigen el SGSSS por la demandada al no garantizar a la afiliada el acceso a los servicios de salud que implicaba su diagnóstico, debiendo asumir el costo del procedimiento requerido como paciente particular (ver folios 96 a 104).

### **APELACIÓN**

En el recurso, el apoderado de COMPENSAR EPS pide se revoque la sentencia, para lo cual insiste en la improcedencia del reembolso con fundamento en que el medicamento RITUXIMAB, a pesar no ser cubierto por el plan de beneficios en salud, puede ser suministrado siempre que se cumplan dos condiciones, a saber: i) que exista prescripción del médico tratante y ii) que cumpla con las indicaciones del INVIMA para las patologías de los pacientes, presupuesto este último que, asevera, no se satisfizo para el caso de la menor, pues su uso no se encuentra autorizado por el INVIMA para la patología de encefalitis autoinmune, resultando validación no exitosa por parte del Ministerio de Salud. Cuando esto ocurre, dice, el profesional tratante debe consultar la tabla de referencia del *listado UNIRS* y, en caso de no encontrar medicamento con la indicación que requiere le corresponde gestionar una solicitud de aprobación de la nueva indicación a través de las sociedades científicas, tal como lo establecen los procedimientos MIPRES del Ministerio de Salud.

Por lo tanto, reitera, los médicos prescribieron a SILVANA CORREA un medicamento que no cumplía las indicaciones del INVIMA, por no estar aprobado su uso para la patológica de la paciente y por ello COMPENSAR EPS se abstuvo de emitir autorización médica (folios 114 y 115).

### **CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL**

No fue motivo de controversia en el trámite del proceso, ni lo es ahora, que SILVANA CORREA GARCÍA está afiliada en el régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en calidad de beneficiaria, en la EPS COMPENSAR (folio 75). Tampoco se discute que los demandantes

asumieron directamente el pago del medicamento denominado “*RITUXIMAB*” –no incluido en el POS- en cuantía de \$13.745.922, aspecto que por demás se corrobora del folio 93, situación que se justificó en la negativa de la EPS de autorizar el suministro del medicamento por falta de indicación INVIMA para el diagnóstico que le fue dado a la paciente.

En ese orden y atendiendo las materias de apelación, corresponde a la Sala determinar si resulta procedente el reembolso de la suma solicitada por los demandantes, a pesar de que el medicamento RITUXIMAB no está indicado por el INVIMA para el tratamiento de la patología *encefalitis autoinmune*.

Para resolver lo que corresponde, el numeral 3 del literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 obligan a la Entidad Promotora de Salud –EPS- a la que esté afiliado el usuario, a reconocer los gastos en los que haya incurrido éste, entre otras razones, por “*incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada (...)*” para cumplir las obligaciones que el ordenamiento jurídico les asigna en favor de sus usuarios”.

Sobre tales obligaciones, la jurisprudencia constitucional ha dicho reiteradamente que toda persona tiene derecho a que se le garantice el acceso efectivo a los servicios de salud que requiera cuando esté comprometida gravemente su salud, su vida o su integridad, y que la persona competente para definir si se *requiere* o no un medicamento o una tecnología en salud es el médico tratante, por ser la persona que está capacitada “*para decidir con base en criterios científicos y por ser quien conoce al paciente*”<sup>1</sup>.

Por ello, el concepto técnico científico del médico tratante debe prevalecer sobre los criterios que tenga o que haya trazado el INVIMA, y no le es dable a una EPS negar el suministro de medicamentos prescritos por el médico tratante; menos aún cuando tal determinación se adopta con base en una

---

<sup>1</sup> Al tema se pueden consultar las sentencias T-559 de 2016, T-418 de 2011, T-760 de 2008, entre otras.

determinación de *improcedencia* genérica o abstracta del medicamento y sin consideración a un caso concreto. En materia de control de medicamentos, el registro sanitario es el documento mediante el cual se autoriza la producción, importación, exportación, procesamiento, envase, empaque, expendio y comercialización en el país, únicamente (artículo 2 del Decreto 677 de 1995)<sup>2</sup>. También ha dicho la Corte que, si bien el Comité Técnico Científico de una EPS puede apartarse de lo prescrito por el galeno tratante, tal decisión debe estar fundada en conceptos médicos de especialistas en el campo en cuestión, que tengan el conocimiento completo y suficiente de la situación específica del paciente<sup>3</sup>.

Además, debe tenerse en cuenta, que la omisión o dilación injustificada en la autorización y entrega de medicamentos ordenados por el médico tratante implica la suspensión o interrupción del tratamiento, con lo cual se desconocen los principios de integralidad y continuidad de la prestación del servicio de salud (artículo 6 de la Ley 1751 de 2015). Ha dicho la Corte Constitucional que *“la prestación eficiente y efectiva del servicio de salud no puede verse interrumpida a los usuarios por la imposición de barreras administrativas que diseñe la misma entidad prestadora del servicio para adelantar sus propios procedimientos. En tal sentido, cuando se afecta la atención de un paciente con ocasión de circunstancias ajenas al afiliado y que se derivan de la forma en que la entidad cumple su labor, se desconoce el derecho fundamental a la salud de los afiliados”* (sentencia T-322 de 2018).

---

<sup>2</sup> Sentencia T-418 de 2011, reiterada en sentencia T-559 de 2016: *“La decisión de si una persona requiere o no un medicamento, se funda, como se dijo, en las consideraciones de carácter médico especializado, pero aplicado al caso concreto, a la individualidad biológica de una determinada persona. No puede considerarse que una persona no ‘requiere’ un medicamento, a pesar de las consideraciones científicas del médico tratante, fundadas en la efectividad constatada y reconocida por la comunidad médica, por ejemplo, por el hecho de que el proceso de aprobación y autorización para comercializar el medicamento en el país no se han cumplido una serie de trámites administrativos”*.

<sup>3</sup> Así lo dijo la Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, T-1171 de 2008, T-889 de 2010, T-418 de 2011, T-755 de 2012, T-478 de 2012, T-939 de 2013, T-154 de 2014, T-499 de 2014, T-719 de 2015, T-001 de 2018.

Con el marco normativo y jurisprudencial referido, y una vez revisada la evidencia aportada al expediente, el Tribunal confirmará la decisión de primera instancia que ordenó el reembolso de los gastos en que incurrieron los demandantes para adquirir el medicamento RITUXIMAB, suministrado a su menor hija por la Fundación Cardioinfantil, pues en el expediente se demostró *negligencia* de COMPENSAR E.P.S en la autorización de dicho tratamiento.

Para negarlo su suministro, la demanda adujo como razón la falta de registro INVIMA para el tratamiento de la enfermedad de la paciente, sin rebatir con criterios científicos la orden que había impartido el médico tratante.

Por el contrario, dicho tratamiento fue aprobado por dos juntas médicas de especialistas, una de ellas interdisciplinaria, en las que se determinó su *pertinencia* frente a las patologías que tiene SILVANA CORREA, y por esa razón fue ordenada su entrega mediante sentencia de tutela dictada por el Juez 50 Civil Municipal de Bogotá (folios 24 a 12).

Nótese que el concepto emitido por la profesional LAURA ELVIRA NIVIA MARTÍNEZ, traído por la EPS demandada, indica que el medicamento en cuestión se contempla dentro del tratamiento *de segunda línea* del tipo de encefalitis que padece la menor (folio 87). Se probó además que la paciente requería el medicamento de forma prioritaria, pues la respuesta terapéutica del tratamiento inicialmente prescrito con tecnologías que sí estaban incluidas dentro del POS, no fue satisfactoria (ver justificación del uso de medicamento fuera del POS, folios 10 y 11).

En consecuencia, su negativa por la EPS demandada, aduciendo únicamente la ausencia del registro INVIMA y sin analizar el caso particular y concreto de la paciente, resulta *injustificada*.

Se confirmará entonces la sentencia de primera instancia que ordenó el reembolso de los pagos efectuados y, por el resultado del recurso, se condenará a la demandada al pago de las COSTAS de segunda instancia.

En mérito de los expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá,  
D. C.,

**RESUELVE**

1. **CONFIRMAR** la sentencia apelada.
2. **COSTAS** en la apelación a cargo de la demandada COMPENSAR E.P.S.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

Así se firma por los magistrados que integran la Sala Sexta de decisión laboral,



MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO  
Magistrado



LORENZO TORRES RUSBY  
Magistrado



MARLENY RUEDA OLARTE  
Magistrada

**INCLÚYASE** en la liquidación de costas de segunda instancia la suma de TRECIENTOS MIL PESOS (\$600.000), como agencias en derecho a cargo de la demandada.



MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO  
Magistrado

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

**Mag. Ponente: Dr. MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO.**

**PROCESO SUMARIO INSTAURADO POR JOSÉ MANUEL NIEVES  
RODRÍGUEZ Y ANDREA DEL PILAR PINZÓN TRIANA CONTRA  
COMPENSAR E.P.S. – J2018-00420**

Bogotá, D. C., treinta y uno (31) de marzo de dos mil veintidós (2022).

Se resuelve el recurso de apelación propuesto por el apoderado de la parte actora, contra el fallo dictado el 6 de noviembre de 2020 por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud. En dicha sentencia se negó el reembolso de \$23.921.876 cancelados por los demandantes para la atención de su menor hijo Juan Manuel Nieves Pinzón.

**ANTECEDENTES**

JOSÉ MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ y ANDREA DEL PILAR PINZÓN TRIANA, a través de apoderado judicial, elevaron solicitud ante la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD con el fin de que se les reconozca la suma de \$23.921.876 como reembolso de los gastos médicos en los que incurrieron para la *atención de urgencia* brindada a su menor hijo JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN, junto con los intereses moratorios causados hasta que se haga efectivo el pago, y se continúe con su atención médica.

Como fundamento de sus pretensiones afirman que el 5 de agosto de 2017 llevaron a su hijo a la Clínica Colina quien fue ingresado por el servicio de urgencias por presentar *diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y otras obstrucciones intestinales no especificadas*, institución a la cual se

remitieron a través de Medplus, medicina prepagada. Allí, dicen, se determinó que requería intervención quirúrgica inmediata. Sostienen que tres años atrás el menor había padecido una obstrucción intestinal, secundaria a una apendicetomía, la cual fue tratada quirúrgicamente en la Clínica del Country, razón por la cual el profesional de la Clínica de la Colina decidió que el menor debía ser remitido a un nivel de atención más alto o a una institución que contara con unidad de cuidados intensivos pediátricos *“tratando que a través del sistema de referencia y contra referencia el menor fuera remitido a la Clínica del Country”*, frente a lo cual Medplus indicó no tener cobertura. Ante esa situación, señala, acudieron a COMPENSAR a efectos de lograr la remisión de su hijo a la Clínica el Country, pero esa EPS se negó aduciendo no tener contrato con esa IPS, pero debido a la urgencia, a que habían pasado 3 días desde el ingreso del menor sin realizarse ningún procedimiento y que estaba en *riesgo su vida*, efectuaron los trámites necesarios para remitirlo a la Clínica el Country de manera particular, para lo cual fue necesario efectuar un depósito de \$20.000.000 que les fue posible pagar luego de acceder a un crédito personal. Sostuvo que luego de casi una semana, esa Clínica los requirió para cancelar un excedente de \$3.230.860 y otro de \$690.926 que efectivamente pagaron. Indica que pidieron a Compensar asumir los costos de la atención del menor, lo cual ocurrió a partir de la fecha de solicitud, sin reintegro de las sumas pagadas (folios 1 a 5).

Por auto del 10 de septiembre de 2018 la Superintendencia Nacional de Salud admitió la demanda y requirió a COMPENSAR con el fin de que informara y aportara: *i) Copia del registro de citas por medicina general, pediatría, medicina interna y demás especialidades requeridas para el menor JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN durante lo transcurrido del año 2017 (...)* *ii) récord de autorizaciones de servicios de laboratorio clínico y exámenes de diagnóstico ordenados por el médico tratante del menor (...)* *y iii) copia de la respuesta a la solicitud de reembolso solicitado por el afiliado (...)*. Además, exhortó a la Clínica del Country ya la Clínica Nueva (sic) para que indicaran: *i) si el menor JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN, fue atendido como paciente particular, por el servicio de urgencias, por el servicio de consulta externa o*

*remitido por su entidad aseguradora; ii) Si hace parte de la red de prestadores de COMPENSAR EPS y de ser así, desde qué fecha; iii) Si el menor JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN o alguno de sus familiares, informó su afiliación a COMPENSAR EPS; iv) Si realizó proceso de verificación de derechos del usuario, identificando la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demandara y el derecho a ser atendido; v) Si informó a COMPENSAR E.P.S. el ingreso del menor JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN; vi) En caso de urgencia, si realizó el proceso de referencia y contra referencia del paciente; vii) Copia de la factura y/o certifique el pago con ocasión a los servicios de salud prestados y requeridos por el usuario; viii) Copia de la historia clínica del menor JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN; ix) Si los servicios de salud prestados al menor JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN fueron producto del malestar intestinal padecido por dicho paciente en el año 2017 (folios 30 y 31).*

COMPENSAR E.P.S. contestó a través de apoderada judicial rechazando las pretensiones por carecer de sustento legal y jurídico. Asegura que el recobro solicitado corresponde a una atención prestada por una IPS no adscrita a su red de prestadores, para la cual no medió su autorización y, además, que el padre del menor decidió voluntariamente asumir los costos de la atención particular y no permitió la remisión del paciente a una institución que sí hiciera parte de su red, por ende no hubo negación de servicios. Frente a lo último, sostiene que realizó registro del usuario por urgencias en la Clínica La Colina a fin de iniciar la remisión a una IPS adscrita, entregando las siguientes opciones: Hospital la Misericordia, Fundación Cardio Infantil o Instituto Roosevelt; sin embargo, los padres del menor no aceptaron ninguna de las instituciones, solicitaron la salida voluntaria de la IPS y asumieron de manera particular los trámites correspondientes para que su hijo fuera aceptado en la Clínica Country.

Asevera que por parte de la Clínica Country, se les informó que el depósito realizado por el padre del menor se había agotado -mismo que en su sentir no debía haber efectuado de aceptar la remisión a una institución de su red- por lo que en aras de no afectar el estado de salud de JUAN MANUEL NIEVES

validó con su equipo de auditoría médica, quienes decidieron dar cobertura pese no estar adscrita a su red, a partir del 10 de agosto de 2017, en aras de salvaguardar la vida y salud del paciente quien se encontraba en la Unidad de Cuidados Intensivos. Insiste en que nunca negó los servicios médicos al hijo de los demandantes y que fueron estos quienes *decidieron voluntariamente* acudir al servicio particular de la Clínica el Country a sabiendas que no tenía vínculo con COMPENSAR. Indica que la atención en la Clínica Colina fue autorizada por la medicina prepagada MEDPLUS, sociedad que no tiene relación alguna con COMPENSAR. Propuso en su defensa las excepciones de *improcedencia de la petición por imposibilidad de alegar propia culpa, inexistencia de obligación de reembolso por inexistencia de situación de urgencia e inexistencia de negativa injustificada o negligencia demostrada, improcedencia de la petición por inexistencia de obligación legal – Libertad de elección y derecho al traslado de los afiliados* (folios 39 a 44).

En respuesta al requerimiento efectuado, la CLÍNICA NUEVA informó que realizadas las validaciones correspondientes por el área de sistemas y estadísticas no encontraron registro alguno del menor (folios 37 y 38)

Por su parte la CLÍNICA EL COUNTRY remitió copia de la verificación de afiliación del paciente realizada el 7 de agosto de 2017, la notificación efectuada a COMPENSAR sobre su ingreso en esa fecha, del proceso de referencia y contrareferencia No. 12005 del 14 de agosto de 2017 y de las facturas emitidas a COMPENSAR y al demandante (CD folio 82).

Terminó la instancia con sentencia proferida el 28 de febrero de 2020 por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, que no accedió a las pretensiones formuladas por la parte actora. Para tomar su decisión, además a las pruebas aportadas en el expediente por las partes, solicitó a un médico adscrito a la misma Superintendencia Delegada que examinara los documentos médicos allegados y con fundamento en ello concluyó que no se acreditó incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada

o negligencia de COMPENSAR EPS para cubrir las obligaciones para con el menor JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN y que por el contrario, era claro que esa entidad brindó la atención requerida por el paciente en las IPS de su red de prestadores de servicios de salud, siendo los padres del menor quienes decidieron libre y voluntariamente que su hijo continuara recibiendo atención en la Clínica del Country, como paciente particular, asumiendo los costos de la misma, destacando frente a este punto la libertad de escogencia como característica esencial del sistema de salud colombiano (folios 66 a 73).

La parte resolutive de dicha providencia es del siguiente tenor: “*PRIMERO: RECONOCER PERSONERÍA a la abogada Mayerly Zoraida Cárdenas Bravo, identificada con la cédula de ciudadanía No. 53.073.329 y tarjeta profesional No. 288.140 del Consejo Superior de la Judicatura, como apoderada de COMPENSAR EPS. SEGUNDO: NO ACCEDER a la pretensión formulada por el señor José Manuel Nieves Rodríguez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 11.346.302 y la señora Andrea del Pilar Pinzón Triana, identificada con cédula de ciudadanía número 35.423.660, mediante apoderado, doctor Pedro Joaquín Velandia Pérez, en contra de COMPENSAR EPS, conforme a las consideraciones anotadas en la parte motiva de esta providencia (...)*”.

## **APELACIÓN**

En el recurso, la parte actora manifiesta que, contrario a lo indicado por la asesora de la Superintendencia, la atención solicitada en el año 2017 sí fue con ocasión a la urgencia presentada por su hijo ante una posible complicación, resultado de una obstrucción intestinal, lo cual puede corroborarse con la Historia Clínica diligenciada por la Clínica la Colina el 5 de agosto de 2017. Afirma que concluyeron que era menester iniciar las acciones necesarias a fin de obtener una atención rápida y oportuna debido a la falta de respuesta favorable y ágil por parte de la EPS demandada de remitirlo a una IPS de la complejidad necesitada frente a la urgencia que implicaba su patología, porque “*cuando no se trata en debida forma una obstrucción*

*intestinal, el intestino puede perforarse liberando su contenido y causando inflamación e infección de la cavidad abdominal (peritonitis), que en pocas horas puede causar una infección más grave o sepsis, lo que reitera que la atención que requería el menor en el 2017 era URGENTE*". Asevera que no existe prueba dentro del expediente que dé cuenta que el momento en que se solicitó la remisión hubiera ejercido las acciones tendientes a asignar una IPS de la complejidad requerida, que fue lo que conllevó a que firmaran la documentación de entrada voluntaria a la Clínica el Country, única entidad conocida por ellos con la capacidad de atender la patología de su hijo.

Solicita se revoque la sentencia y, en su lugar, se ordene el reembolso de la suma reclamada (Cd folio 82).

#### **CONSIDERACIONES DEL TRIBUNAL**

Los numerales 4 del artículo 153 de la Ley 100 de 1993 y 12 del artículo 13 de la Ley 1438 de 2011, disponen para los afiliados del Sistema General de Salud la posibilidad de escoger libremente la entidad promotora de salud (EPS) que atenderá sus contingencias, selección de la cual depende la red de instituciones prestadoras de salud (IPS) a las que pueden acudir en caso de enfermedad.

Sobre esta limitación, la Corte Constitucional ha dicho que *"la libertad de escogencia constituye un derecho en doble vía, pues en primer lugar es la facultad que tienen los usuarios para escoger las EPS a las que se afiliarán para la prestación del servicio de salud y las IPS en las que se suministrarán los mencionados servicios, y por el otro representa la potestad que tienen las EPS de elegir las IPS con las que se celebrarán convenios y la clase de servicios que se presentarán a través de ellas"* (Corte Constitucional, sentencia T-171 de 2015, M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub).

En igual sentido la sentencia T-238 de 2003, M.P. ALFREDO BELTRÁN SIERRA, dijo: *"las EPS's (...) tienen la libertad de decidir con cuáles*

*instituciones prestadoras de salud suscriben convenios y para qué clase de servicios. Para tal efecto, el único límite constitucional y legal que tienen radica en que se les garantice a los afiliados la prestación integral del servicio. De allí que, salvo casos excepcionales o en atención de urgencias, los afiliados deben acogerse a las instituciones donde son remitidos para la atención de su salud, aunque sus preferencias se inclinen por otra institución”.*

Por ello, y en principio, los afiliados están obligados a acudir para la atención de las contingencias de salud que se presenten, a las IPS's que forman parte de la red a la cual se encuentran vinculados.

Sin embargo, cuando en dichas instituciones no se garantiza la prestación integral del servicio al afiliado, por *incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones*, el usuario podrá acudir a otras entidades que no estén vinculadas a la red de servicios.

La excepción referida se encuentra regulada normativamente en el literal B del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, y en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, que permiten el reembolso económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por: (i) la atención de urgencias en instituciones no adscritas a la red de con la cual existe convenio de su EPS; (ii) cuando los servicios hayan sido autorizados expresamente por la EPS, o (iii) *“en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios”.*

Con este marco normativo y jurisprudencial y una vez revisado el expediente, el Tribunal confirmará la decisión de primera instancia que negó el reembolso de los gastos en que incurrieron los padres de JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN por la atención recibida en la Clínica del Country para tratar su obstrucción intestinal, en agosto de 2017, pues en el expediente no se demostró que el procedimiento practicado fuera una *atención urgencia*, ni que

hubiera incurrido la demandada en *negligencia, negativa injustificada, imposibilidad o incapacidad* para garantizar la atención por cirugía del paciente.

De las pruebas aportadas se concluye que la decisión de los demandantes de remitir para la atención del menor a la Clínica del Country se hizo a sabiendas de que dicha entidad no tenía vínculo con COMPENSAR y que los gastos en los que se pudiera incurrir serían asumidos por ellos; con dicho conocimiento fue su decisión no remitir al menor a una IPS de la red a la cual estaban adscritos.

Al respecto, y de acuerdo con los documentos de folios 14 a 19 (epicrisis de la Clínica la Colina) se advierte que el 5 de agosto de 2017 a las 20:44 ingresó el menor Juan Manuel Nieves Pinzón por el servicio de urgencias por el diagnóstico de *diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso y otras obstrucciones intestinales y las no especificadas*, atención cubierta por MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA S.A. Ese mismo día a las 23:38, se dispuso su hospitalización para continuar hidratación y valoración por cirugía pediátrica, siendo hospitalizado el 6 de agosto de ese mismo año a las 00:45. El 7 de agosto siguiente, a las 12:03 el Dr. Luis Rincón La Rotta, de Cirugía Pediátrica, considera “*absolutamente indispensable intervenirlo quirúrgicamente en institución donde se cuente con cuidado intensivo pediátrico, porque se puede anticipar cirugía prolongada, con riesgo alto de morbilidad*”, por lo cual comenta con el pediatra tratante, el médico hospitalario y el jefe de enfermería, la necesidad de iniciar los trámites de remisión, situación que se explica a sus padres (folio 15).

Según la información entregada por COMPENSAR (folio 39 vto.), ese mismo día a las 14:58, se inició el proceso de referencia y contra-referencia para cambio de nivel de complejidad, pero a las 19:41 se anota por la EPS, que el trámite fue cancelado por “salida voluntaria”, consignándose, a las 16:50 en la historia clínica por la pediatra Maribel Niño Mendivelso lo siguiente: “*me informan de referencia que paciente será trasladado a Clínica Country.*”

*Aceptado por Dr. Beltrán Cirugía Pediátrica, Dra. Acevedo de UCIP, Dra. Rojas de Urgencias. Sale en compañía de la madre”.*

Lo anterior da cuenta de que la EPS demandada se encontraba adelantando los trámites correspondientes a la remisión del menor a una IPS de su red, de acuerdo con las indicaciones del médico tratante, y que antes de que transcurrieran cinco (5) horas desde el momento en que se ordenó dicha remisión, los padres decidieron voluntariamente la salida del menor hacia la Clínica del Country.

Adicionalmente al expediente se incorporaron documentos suscritos por el demandante –padre del paciente- el 7 de agosto de 2017, que dan cuenta de su decisión voluntaria de ingreso a la Clínica del Country para hospitalización o cirugía programada como paciente particular (ver folios 22 a 26). En uno de tales documentos incluso se le advierte que: i) esa institución no tiene convenio con COMPENSAR y que por lo tanto debía ser remitido a una IPS de la red de su EPS en la que le brindarían los servicios con cargo a su aseguramiento y de hospitalizarse pues allí debía *“asumir a las tarifas institucionales de dicha hospitalización, así como los medicamentos y demás insumos que se utilicen durante mi estadía”*, costos que en caso contrario asumiría la EPS si lo remitiera a una IPS de su red; ii) que era su voluntad *“como paciente o su responsable que la atención integral de mi patología sea prestada en la Clínica del Country, asumiendo con recursos propios, los gastos que se generen de dicha atención, a las tarifas de la Clínica, por cuanto no existe convenio con la EPS o empresa mencionada”*. En otro legajo se dejó consignada la *“decisión voluntaria de no ser remitido a otra IPS”*, en los siguientes términos: *“Preguntado al paciente o a su responsable, si acepta la decisión de ser remitido este manifiesta: NO ACEPTA la remisión a otra IPS, y por lo tanto pagará los gastos de atención a las tarifas institucionales, que incluyen los procedimientos, medicamentos e insumos que requieran durante su estadía. Así mismo manifiesta que la decisión anterior la ha tomado de manera libre y consciente y después de recibir la información anotada”* (folio 25).

Por otro lado, la profesional de medicina adscrita a la Superintendencia Nacional de Salud, evidenció que las tecnologías objeto de la pretensión no constituían una atención *inicial de urgencia*, pues la misma había sido superada y el usuario se encontraba en hospitalización (folios 70 vto. y 71), información que resulta consistente con lo consignado en la historia clínica a la que se hizo mención atrás.

También se observa que la CLÍNICA DEL COUNTRY, el 10 de agosto de 2017, inició un nuevo proceso de referencia y contra-referencia para lograr el traslado del paciente a una institución de su red, por “*problemas administrativos*” que, según lo informado en la demanda, obedeció a la imposibilidad de los progenitores del paciente de continuar asumiendo los costos de atención, siendo autorizada por COMPENSAR su permanencia en esa institución pese a no ser de su red, por encontrarse el menor en cuidados intensivos para garantizar su salud y su vida (CD folio 82).

Así las cosas, ninguno de los elementos de prueba acopiados en el plenario acredita que la entidad encargada de la prestación de los servicios de salud se hubiera negado a prestar los servicios médicos requeridos, o que hubiera dilatado la atención.

Por el contrario, y conforme al haz probatorio, resulta claro que los familiares del paciente asumieron voluntariamente los gastos de manera particular y sin aceptar el traslado de IPS, por considerar que se debía brindar la atención de manera particular en la Clínica del Country, institución que les informó la posibilidad de remisión a otra IPS con la cual tuviera convenio la EPS COMPENSAR; pese a ello, se mantuvieron en su posición de no autorizar el traslado propuesto.

Así las cosas, no se demostraron los supuestos normativos para al reembolso de los gastos médicos en los que incurrió la parte actora por la cirugía requerida para el tratamiento de la obstrucción abdominal y la posterior

hospitalización JUAN MANUEL NIEVES PINZÓN, razón por la cual se confirmará la decisión de primera instancia que llegó a igual conclusión.

Costas en la apelación a cargo de los demandantes.

En mérito de los expuesto, el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Bogotá, D. C.,

### RESUELVE

1. **CONFIRMAR** la sentencia apelada.
2. **COSTAS** en la apelación a cargo de los demandantes.

### NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.

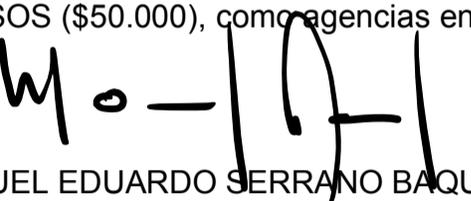
Así se firma por los magistrados que integran la Sala Sexta de decisión laboral,

  
MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO  
Magistrado

  
LORENZO TORRES RUSSY  
Magistrado

  
MARLENY RUEDA OLARTE  
Magistrada

**INCLÚYASE** en la liquidación de costas de segunda instancia la suma de CINCUENTA MIL PESOS (\$50.000), como agencias en derecho de segunda instancia.

  
MANUEL EDUARDO SERRANO BAQUERO  
Magistrado