



REPÚBLICA DE COLOMBIA – RAMA JUDICIAL
TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN
SALA LABORAL

Dra. CLAUDIA CECILIA TORO RAMÍREZ
Magistrada Ponente

Dieciocho (18) de julio de dos mil veintidós (2022)

Proceso:	Especial Jurisdiccional
Radicación:	110019968000-2018-01568-01
Primera instancia:	Superintendencia Nacional de Salud
Demandante:	LIDIA SONIA MACA ASTUDILLO
Demandada:	NUEVA E.P.S.
Asunto:	Confirma sentencia – No procede reembolso de gastos particulares en salud
Sentencia escrita No.	054

I. ASUNTO

De conformidad con el artículo 13 de la Ley 2213 del 13 de junio de 2022, pasa esta Sala de Decisión Laboral, a proferir sentencia escrita que resuelve el **recurso de apelación** formulado por el apoderado judicial de la demandante, contra la sentencia No. S2021-000373 emitida el 11 de marzo de 2021 por la Superintendencia Nacional de Salud.

II. ANTECEDENTES

1. La demanda.

Procura la demandante se condene a la NUEVA E.P.S.: **i)** Al reconocimiento económico por valor de \$6.071.880, por concepto de gastos de atención médica y quirúrgica en los cuales incurrió de manera particular; **ii)** El monto de \$212.000,00 por gastos de transporte; y **iii)** \$1.562.484,00 por honorarios del apoderado. (Págs. 1 a 3 – Archivo PDF: “01(46)Demanda” – Cdno 1ª instancia – Expediente digital). Para fundamentar el *petitum* incoatorio señaló como supuestos fácticos:

Que es cotizante en la NUEVA E.P.S. y el 23 de diciembre de 2017, acudió al servicio de urgencias del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN debido a molestias y dolor en su ojo derecho. Que fue diagnosticada con desgarro de la retina. Que el oftalmólogo la remitió a valoración urgente por retinólogo. Que la E.P.S. el 27 de diciembre de 2017, expidió autorización de servicios y fue remitida

a la CLÍNICA DE LA VISIÓN DEL VALLE S.A.S. Que le fue diagnosticado desprendimiento de retina y como apoyo diagnóstico biometría ocular SOD.

Que el 29 de diciembre de 2017 el especialista de la CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE CALI, prescribió la necesidad de realizar un procedimiento quirúrgico para curar el ojo y no perder la visión. Que acudió a la NUEVA E.P.S. para solicitar la orden de apoyo pero le manifestaron que se podía conseguir cita para el 28 de enero de 2018.

Que dada la urgencia se le programó la cirugía para el 02 de enero de 2018, fecha en la cual se realizó el procedimiento requerido. Que el 11 de enero de 2018, presentó ante la NUEVA E.P.S. solicitud de reembolso por los gastos de cirugía.

Que el 22 de enero de 2018 entregó el formato No. “146133” con soportes requeridos pero le dijeron que una vez fuera aprobado el reembolso le solicitarían las facturas. Que el 1° de febrero de ese año, entregó nuevamente los documentos pertinentes del recobro pero le manifestaron que las facturas estaban vencidas.

Que el 08 de febrero de 2018 la reclamante puso en conocimiento del Gerente de la entidad su caso, pero no tuvo respuesta. Luego presentó acción de tutela pero en las instancias pertinentes se declaró improcedente.

2. Contestación de la demanda.

La demandada NUEVA E.P.S.¹ dio contestación al introductorio oponiéndose a sus pretensiones. En suma, indicó que los servicios cuyo reembolso se reclaman no se prestaron en el marco de la atención de un servicio de urgencias. Tampoco se pidió autorización para su prestación, debido a que accedió a ellos en calidad de paciente particular. Formuló como excepciones las de inexistencia de la obligación a cargo de esa E.P.S., ausencia de soportes probatorios de las pretensiones, límite al derecho a la libre escogencia de IPS, entre otras.

En virtud del principio de economía procesal no se estima necesario reproducir *in extenso* las piezas procesales en comento (Arts. 279 y 280 C.G.P.).

3. Decisión de primera instancia.

La Superintendencia Nacional de Salud dictó sentencia el 11 de marzo de 2021. En su parte resolutive, decidió no acceder a las pretensiones de la demanda.

Para adoptar tal determinación, adujo que no existe prueba que permita elucidar incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada por

¹ Págs. 1 a 19 – Archivo PDF: “02(26)CONTESTACIÓN J-2019-00853 V-873” – Carpeta: “03Contestacion” – *Ibidem*.

parte de la NUEVA E.P.S. en la atención médica que fue brindada. Tampoco existe evidencia que constituya una razón suficiente para acudir a un médico de manera particular; o que se tratara de una atención de urgencias, máxime cuando los procedimientos médicos se trataron de manera programada. Que cuando es el afiliado quien *motu proprio* acude a servicios médicos requeridos de manera particular, no es procedente el reconocimiento económico, no sólo porque no se encuentra dentro de los supuestos establecidos para ello, sino porque tal situación no admite una interpretación extensiva o analógica.

4. Recurso de apelación.

4.1. Apelación demandante

Expresó que la usuaria acudió a la EPS y a los servicios que ofrece la misma. Que esa entidad atendió y generó las órdenes de servicio en la CLÍNICA DE LA VISIÓN DE CALI. Que la intervención requerida era urgente y puede verse en los soportes del expediente. Que la EPS de forma injustificada no asignó la cita requerida –*de forma oportuna*- lo que condujo a que la usuaria acudiera a una consulta particular. Que si la usuaria aplazaba la intervención médica, corría el riesgo de perder la vista por el ojo afectado. Que en tal virtud, acudió de forma particular en búsqueda de los servicios de salud que le garantizaran oportunamente resolver su afección de salud.

5. Trámite de segunda instancia

5.1. Alegatos de conclusión

Los apoderados judiciales de las partes, previo traslado para alegatos de conclusión en aplicación del artículo 15 del Decreto Ley 806 de 2020², guardaron silencio en el término legal conferido.

III. CONSIDERACIONES DE LA SALA

1. Competencia.

Esta Sala de Decisión Laboral es competente para conocer de la alzada propuesta por activa contra la sentencia antes enunciada de conformidad con lo reglado en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por los artículos 126 y 127 de la Ley 1438 de 2011, y posteriormente por el artículo 6° de la Ley 1949 de 2019.

Frente a la competencia en segunda instancia de dichos asuntos pueden revisarse las providencias emitidas por la Sala de Casación Laboral de la Corte Suprema de

² La Ley 2213 del 13 de junio de 2022 adoptó como legislación permanente las normas contenidas en el Decreto 806 de 2020.

Justicia: STL14248-2014 del 15 de octubre de 2014, radicación No. 38044; STL5367-2015 del 29 de abril de 2015, radicación No. 39884 y STL10858-2015 del 11 de agosto de 2015, radicación No. 40800, entre otras.

2. Problema jurídico.

En virtud al recurso de apelación corresponde a la Sala establecer:

2.1. ¿Fue ajustada a derecho la decisión de primer grado en la que no se accedió al reembolso de los gastos médicos particulares?

3. Respuesta al interrogante.

La respuesta es **positiva**. En el presente asunto no se acreditó ninguna de las causales del artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, para que proceda el reembolso de los gastos médicos particulares en los que incurrió la demandante. Por ende, se confirmará la decisión de primera instancia.

Los fundamentos de la tesis son los siguientes:

3.1. Reembolso de gastos médicos particulares.

El artículo 152 de la Ley 100 de 1993 establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuyos objetivos son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en todos los niveles de atención. El artículo 159 *ibíd* dispone que a los afiliados al S.G.S.S.S. se les debe garantizar, por parte de las E.P.S., entre otros, la atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, hoy Plan de Beneficios en Salud, y de urgencias, a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios – I.P.S. adscritas.

Por su parte, el artículo 168 *ibídem* consagra que la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Dicha prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos para riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (art. 167), o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento.

De otro lado, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007³ prevé que debe entenderse por aseguramiento en salud: *“la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación*

³ Por la cual se hacen algunas modificaciones en el S.G.S.S.S. y se dictan otras disposiciones.

del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud”.

A su turno, la Ley 1438 de 2011⁴ señala que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Estableció entre otros principios, los de calidad y eficiencia.

La Corte Constitucional, en fallo T – 012 de 2011, señaló que toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera con calidad, eficacia y oportunidad, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal o su dignidad. Dicha obligación, en cabeza de las E.P.S., comporta: **i)** la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo; **ii)** la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud; y **iii)** la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Asimismo, agregó:

*“Ha reiterado la jurisprudencia de esta Corporación, **que el hecho de diferir, casi al punto de negar los tratamientos recomendados por médicos adscritos a la misma entidad, coloca en condiciones de riesgo la integridad física y la salud de los pacientes, quienes deben someterse a esperas indefinidas que culminan por distorsionar y diluir el objetivo mismo del tratamiento originalmente indicado. El sentido y el criterio de oportunidad en la iniciación y desarrollo de un tratamiento médico, también ha sido fijado por la jurisprudencia como requisito para garantizar por igual el derecho a la salud y la vida de los pacientes. Se reitera entonces, que las instituciones de salud no están autorizadas para evadir y mantener indefinidamente en suspenso e incertidumbre al paciente que acredita y prueba una urgencia vital y la necesidad de un tratamiento médico...**”*

Finalmente, el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994⁵, emitida por el MINISTERIO DE SALUD, instituyó algunas reglas frente al reconocimiento de reembolsos al indicar que la E.P.S. donde esté afiliado el usuario, deberá reconocerle los gastos asumidos por su cuenta, en los siguientes casos:

i) Atención de urgencias en caso de ser atendido por una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.

⁴ Por medio de la cual se reforma el S.G.S.S.S. y se dictan otras disposiciones.

⁵ Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el S.G.S.S.S.

ii) Cuando exista una autorización expresa de la E.P.S. para una atención específica.

iii) En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S. para cubrir sus obligaciones frente a los usuarios.

La misma disposición comporta que en ningún caso la E.P.S., hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo allí dispuesto. También prevé que la solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes a la alta del paciente y será pagada por la E.P.S. en los treinta (30) días siguientes a su presentación. Para tal propósito el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características, y copia de la historia clínica del paciente.

3.2. Caso en concreto:

De la revisión del libelo introductorio, se extrae que, la demandante, pretende de la NUEVA E.P.S. el reconocimiento y pago de los gastos de atención médica y quirúrgica en los que incurrió de manera particular, transporte y honorarios de su apoderado. A su turno, la convocada al litigio, indicó que los servicios cuyo reembolso se reclaman no se prestaron en el marco de la atención de un servicio de urgencias y tampoco se pidió autorización para su prestación.

El recurrente por activa reprocha la decisión absolutoria de primera instancia, aduciendo que la intervención requerida por su prohijada era urgente dada su patología, siendo además que la E.P.S. de forma injustificada no asignó la cita requerida de forma oportuna lo que condujo a que la usuaria acudiera a una consulta particular.

En dicho escenario deviene precisar que en el *sub lite* no existe discusión alguna frente a la calidad de afiliada al régimen contributivo en salud por parte de la accionante en esa Entidad Promotora de Salud. Lo anterior, inclusive, fue aceptado por la convocada al litigio al dar contestación al introductorio.

En tal virtud, procede la Sala a verificar si se acreditan los presupuestos normativos citados en precedencia, para determinar si la promotora de la acción tiene derecho al reembolso por parte de la NUEVA E.P.S. de los gastos médicos particulares en los que incurrió. Al expediente se allegó la siguiente prueba documental:

Atención médica por parte de la NUEVA E.P.S.:

- Historia Clínica del HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ DE POPAYÁN del **23 de diciembre de 2017**. Motivo de consulta: “*PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN FOSFENOS DESDE EL DIA DE AYER PERDIDA DE AGUDEZA VISUAL Y DOLOR OCULAR DERECHO, EPIFORA. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGÍA. CONSULTA DE MANERA PARTICULAR A OFTALMOLOGÍA QUIEN DA CONCEPTO DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA*”. Diagnóstico: “*DESGARRO PERIFÉRICO DE RETINA OD. ALTO RIESGO DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA*”. Tratamiento: “*- VALORACIÓN URGENTE POR RETINOLOGO*” (Págs. 7 a 11 – Archivo PDF: “01(46)Demanda”).
- Epicrisis de la CLÍNICA DE LA VISIÓN DEL VALLE S.A.S. del **27 de diciembre de 2017**. Consulta especializada por Oftalmología. Cliente: NUEVA E.P.S. Diagnóstico de egreso: DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA y TRASTORNO DE LA RETINA, NO ESPECIFICADO (Págs. 16 a 17 y 23 y 24 – Ibíd).
- Solicitud de servicios por el galeno especialista de la CLÍNICA DE LA VISIÓN DEL VALLE S.A.S. del **27/12/2017**. Cliente: NUEVA E.P.S. Descripción del servicio: “*BIOMETRÍA OCULAR SOD OD (PRIORITARIO)*” (Pág. 14, 15, 21 y 22 – Ibíd) y “*VITRECTOMÍA +GAS SILICÓN OD (PRIORITARIO)*” (Pág. 20 y 30 – Ibídem).
- Autorización de servicios de la NUEVA E.P.S. del **27/12/2017**: “*VITRECTOMÍA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES*” (Pág. 12 y 19 – Ibíd).
- Autorización de servicios de la NUEVA E.P.S. del **27 de diciembre de 2017**. Descripción del servicio: “*BIOMETRÍA OCULAR SOD*” (Pág. 13 y 18 – Ibídem).
- Autorización de servicios de la NUEVA E.P.S. del **28/12/2017**. Descripción: “*CONSULTA ESPECIALIZADA POR RETINOLOGO*” (Pág. 25 – Ibídem y pág. 24⁶).

Atención médica particular:

- Epicrisis particular en la CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DE CALI S.A. del **29 de diciembre de 2017**. Entidad: PROTEGEMOS. Diagnóstico: “*DESPRENDIMIENTO DE RETINA (OD)*”. Conducta: “*VITRECTOMÍA CON O SIN INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES*” (Pág. 26 – Ibíd).
- Informe quirúrgico de fecha: **02/01/2018**. Procedimiento: “*EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO POR FACOEMULSIFICACIÓN*”.

⁶ Relación de autorizaciones – Archivo PDF: “02(26)CONTESTACIÓN J-2019-00853 V-873” – Carpeta: “03Contestacion” – Ibíd.

VITRECTOMÍA CON O SIN INSERCIÓN DE SILICÓN O GASES” (Págs. 27 a 29 y 34 a 35 – Ibíd).

- Historia Clínica del **04 de mayo de 2018**. Entidad: PROTEGEMOS. Conducta médica “*CAPSULOTOMÍA CON LASER OJO DERECHO*” (Pág. 33 – Ibíd) Orden médica y formula médica de esa misma fecha: “*Patanol S. Solución Oftálmica 2 mg. Feo. Gotero 2.5 ml*” (Pág. 31 y 32 – Ibídem).
- Facturas de venta emitidas por la clínica particular, por concepto de consulta especializada, vitrectomía vía posterior con inserción de silicón o gases y anticipos de cirugía (Págs. 36 a 39 – Ibíd). Comprobantes de pago de COOMOTORISTAS DEL CAUCA y certificación cuenta bancaria (Págs. 40 a 42 – Ibíd).

Ahora bien, del análisis del material probatorio en todo su conjunto, colige la Sala sin dubitación alguna, que en el *sub lite* no se logra demostrar que los gastos médicos particulares en los que incurrió la demandante sean susceptibles de reembolso por parte de la NUEVA E.P.S. Máxime cuando no se estructura ninguna de las causales del artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994. Al abordar cada uno de tales presupuestos se avizora:

i) La atención en salud particular no fue calificada como urgencia.

El artículo 9 de la Resolución No. 5261 de 1994 define la **urgencia** como la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de **la protección inmediata** de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras. A su turno, el inciso final del artículo 10° *Ibíd* señala que: “**En todo caso es el médico quien define esta condición** y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención”.

Descendiendo al *sub examine* se avizora que la demandante fue diagnosticada con “*DESPRENDIMIENTO DE RETINA*” y en atención médica del 27 de diciembre de 2017 el Oftalmólogo de la CLÍNICA DE LA VISIÓN DEL VALLE S.A.S., I.P.S. adscrita a la NUEVA E.P.S., prescribió los servicios en salud en favor de la actora denominados: “*BIOMETRÍA OCULAR*” y “*VITRECTOMÍA +GAS SILICÓN*”, calificando su necesidad como: “**PRIORITARIO**”. Dichos servicios fueron autorizados por parte de la Entidad Promotora de Salud en esa misma calenda.

Luego, deviene evidente, que el médico especialista no otorgó la connotación de urgencia a tales servicios en salud. En su lugar indicó que la necesidad de la prueba

diagnóstica y el procedimiento médico tenían la condición de **prioritarios**. Tal calificativo no puede alterarse por la propia parte y menos aún por el juez laboral, toda vez que es el facultativo quien bajo su conocimiento médico-científico determina si las atenciones y servicios en salud, se requieren o no, con urgencia.

La palabra “*prioritaria*” según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española – RAE, es definida como: “*Que tiene prioridad respecto de algo*”. A su turno, el vocablo prioridad, como la anterioridad o precedencia de algo respecto de otra cosa que depende o procede de ello. Finalmente, la palabra urgencia conlleva a una inmediata ejecución o remedio (urgir)⁷.

En Resolución No. 2003 de 2014⁸ el MINISTERIO DE SALUD definió la consulta prioritaria, como el servicio: “*...orientado a atender condiciones de salud de baja complejidad que requieren ser atendidos con libre acceso para los usuarios. No abarca atención 24 horas e incluye una o varias de las siguientes actividades de consulta por un profesional de la salud y procedimientos menores*”.

En tal contexto, resulta claro que tal anotación fijada por el galeno especialista tratante como “*prioritaria*”, no tiene la condición de otorgar la calidad de urgencia al procedimiento quirúrgico practicado de manera particular y sobre el cual se solicita el reembolso económico. La demandante aduce que acudió a la NUEVA E.P.S. para solicitar la orden de apoyo para la realización de dicha intervención y según el relato de la demanda: “*le manifestaron que le podían conseguir una cita para el día 28 de enero de 2018*”. No obstante, no allegó medio probatorio alguno que acredite sus dichos. En todo caso, si bien dicha afirmación, constituye en principio, una negación indefinida que no requiere prueba, lo cierto es que el material probatorio allegado al expediente no refleja la connotación de urgencia de tal procedimiento médico.

Nótese, además, que según epicrisis particular de la CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DE CALI S.A. la accionante recibió atención médica el 29 de diciembre de 2017, sin que se evidencia que el galeno tratante prescribiera una atención de urgencia e inmediata para la práctica de la intervención quirúrgica en comento. De ahí que la misma se realizará el 02 de enero de 2018, esto es, cuatro (4) días después. Por tanto, el procedimiento en comento no se realizó de forma inmediata o sin tardanza, lo cual corrobora que no se trataba de una urgencia médica.

⁷ <https://www.rae.es>

⁸ Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

De igual manera, se avizora que previo requerimiento de la Superintendencia Nacional de Salud dentro del *sub lite*, la CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DE CALI S.A., informó que: **i)** La aquí demandante al acceder a los servicios de salud visual particular en esa institución “*no informa su afiliación a NUEVA EPS*”; y **ii)** No se realizó procedimiento de referencia y contra-referencia, puesto que se le atendió a la paciente de manera particular por “**consulta prioritaria**”⁹. Ratifica lo anterior que la atención brindada por la clínica no adscrita o contratante de la NUEVA E.P.S., no fue catalogada como una urgencia médica y tampoco se solicitó su autorización para el procedimiento realizado.

En consecuencia, no se configura en el *sub lite* la primer causal contemplada en la Resolución No. 5261 de 1994, para que proceda el reembolso de los gastos médicos particulares en los que incurrió la promotora de la acción. A pesar de ser valorada medicamente por profesionales especializados, quienes coincidieron en la necesidad de la cirugía, en ninguna de ellas los galenos consignaron o registraron que la intervención quirúrgica requerida revestía urgencia, la cual, cómo ya se dijo, es determinada por el facultativo tratante.

ii) No existió autorización expresa de la E.P.S. para la atención en salud en la I.P.S. particular a la que acudió la usuaria.

En efecto, a *mutuo propio* y riesgo, la señora LIDIA SONIA MACA ASTUDILLO decidió utilizar los servicios de un prestador por fuera de la red de la NUEVA E.P.S., sin ser una urgencia y sin obtener autorización expresa de esa entidad, que sería la forma legal en la que podía obtener el reembolso pretendido. De ello, inclusive, dio cuenta la CLÍNICA DE OFTALMOLOGÍA DE CALI S.A. quien relató que la paciente no informó de su afiliación a la Entidad Promotora de Salud demandada. Igualmente, en la propia historia clínica de esta institución se informa que la aquí accionante acudió de manera particular a través de PROTEGEMOS.

iii) No se probó la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de la E.P.S. para cubrir sus obligaciones frente a la actora.

La propia usuaria quien a pesar de contar con las autorizaciones respectivas emitidas por la NUEVA E.P.S. para la prestación de los servicios médicos prescritos por los galenos tratantes, decidió no utilizarlos acudiendo a una I.P.S. por fuera de las instituciones que hacen parte de la red de servicios de la E.P.S. demandada.

⁹ Archivo PDF: “02(2)RESPUESTA CLÍNICA OFTALMOLÓGICA CALI” – Carpeta: “05RespuestaClinicaOftalmologicaCali.

En el plenario se acredita que la NUEVA E.P.S. ha brindado a la demandante la atención médica requerida para atender su patología de “*DESPRENDIMIENTO DE RETINA*”. Ello tiene eco probatorio con las historias clínicas y autorizaciones emitidas por la convocada al litigio, que dan cuenta, entre otros, de la autorización emitida el 27 de diciembre de 2017 para la práctica del procedimiento “*VITRECTOMÍA +GAS SILICÓN OD*” a través de la CLÍNICA DE LA VISIÓN DEL VALLE S.A.S., I.P.S. que hace parte de su red de servicios.

Empero, fue voluntad de la demandante acudir a otra entidad diferente a la que estaba afiliada. En todo caso, si bien ésta tiene derecho a preservar su salud, lo cierto es que debe sujetarse al marco y red de servicios que le ofrece la NUEVA E.P.S. De no hacerlo así, también se encuentra en libertad de acudir a otra I.P.S. diferente y proceder a obtener atención particular, circunstancia que bajo lo preceptuado en el inciso final del artículo 10° de la Resolución No. 5261 de 1994, comporta que deba asumir sin ser una urgencia, el valor total de la atención.

El actuar de la promotora de la acción impidió la efectiva prestación del servicio del procedimiento quirúrgico que ya había sido autorizado por la E.P.S. el 27 de diciembre de 2017, pero como ya quedó claro, el día 28 del mismo mes y año, la actora acudió de manera particular para someterse a valoración y posterior práctica de la intervención el 02 de enero de 2018, sin que se acredite que en dicho interregno hubiere requerido a la E.P.S. la autorización del servicio en la clínica particular. Lo que antecede denota que no existió incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de la NUEVA E.P.S. para cubrir sus obligaciones frente a la afiliada. Máxime que en la relación de autorizaciones aportada con la contestación de la demanda, se entrevé sendas autorizaciones por parte de la accionada, antes y después de la intervención quirúrgica particular, como: “*medición de agudeza visual*”, “*capsulotomía con láser*”, consulta por optometría, oftalmología, entre otros.

En consecuencia, pese a que la Sala no desconoce la importancia del diagnóstico médico padecido por la accionante, en el presente asunto no se da ninguna de las causales consagradas en el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994 proferida por el MINISTERIO DE SALUD, en tanto que los gastos particulares en los que incurrió la demandante no se derivaron de una atención calificada por los galenos tratantes como urgencia, tampoco se autorizó expresamente por la E.P.S. la atención específica por parte de una I.P.S. no adscrita a su red de servicios y menos aún, se configuró una incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia de la NUEVA E.P.S.

En consecuencia, los puntuales argumentos formulados por la parte apelante no tienen vocación de prosperidad. Por tanto, se confirmará la sentencia de primera instancia, pero por estas precisas razones.

4. Costas.

En aplicación del artículo 365 del C.G.P. y el Acuerdo PSAA16-10554 del 05 de agosto de 2016, emanado del C.S. de la J., dado el fracaso del recurso de apelación, se impondrá condena en costas de segunda instancia a cargo de la demandante y en favor de la E.P.S. demandada. Las agencias en derecho se fijan en suma de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, esto es \$1.000.000,00.

IV. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, la Sala Laboral del Tribunal Superior del Distrito Judicial de Popayán, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE:

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia No. S2021-000373 emitida el 11 de marzo de 2021 por la Superintendencia Nacional de Salud, dentro del presente asunto, objeto de apelación, por lo expuesto en la parte considerativa de esta providencia.

SEGUNDO: CONDENAR en costas de segunda instancia a cargo de la demandante y en favor de la demandada. Las agencias en derecho se fijan en la suma de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, esto es \$1.000.000,00, por lo antes expuesto.

TERCERO: NOTIFICAR esta decisión por estados electrónicos, conforme a lo señalado en el artículo 9° de la Ley 2213 del 13 de junio de 2022, con inclusión de esta providencia. Asimismo, por edicto, el que deberá permanecer fijado por un (1) día, en aplicación de lo consagrado en los artículos 40 y 41 del C.P.T. y de la S.S.

En firme esta decisión devuélvase el expediente a la autoridad de origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE


Firma válida
providencia judicial
CLAUDIA CECILIA TORO RAMÍREZ
MAGISTRADA PONENTE

*Firma válida
providencia judicial*

**CARLOS EDUARDO CARVAJAL VALENCIA
MAGISTRADO SALA LABORAL**

*Firma válida
providencia judicial*

**LEONIDAS RODRIGUEZ CORTES
MAGISTRADO SALA LABORAL**