

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

MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN.

**PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR EDILBERTO URBANO BARRETO
CONTRA CAFESALUD E.P.S. EN LIQUIDACIÓN (RAD 00 2021 0406 02)**

En Bogotá D.C., a los nueve (09) días del mes de diciembre de dos mil veintidós (2022), estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano el siguiente,

S E N T E N C I A

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por el apoderado de la demandada CAFÉSALUD EPS EN LIQUIDACIÓN, contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 11 de febrero de 2022 (Exp. Digital: «10. SENTENCIA.pdf») en la que se resolvió:

«PRIMERO. - RECONOCER PERSONERIA al doctor Guillermo Alfonso Herreño Pérez, identificado con cedula de ciudadanía No.1.099.204.431 y tarjeta profesional No.209.358 del Consejo Superior de la Judicatura, como apoderado general de CAFESALUD EPS, EN LIQUIDACION, en los términos del poder conferido.

SEGUNDO. - ACCEDER a la pretensión formulada por el señor Edilberto Urbano Barreta, en contra de CAFESALUD EPS, EN LIQUIDACION, conforme a los argumentos expuestos en la parte considerativa de la presente providencia.

TERCERO. - ORDENAR a CAFESALUD EPS, EN LIQUIDACION, reconocer y pagar a favor del señor Edilberto Urbano Barreto, la suma de cuatro millones setecientos treinta mil pesos (\$4.730.000), conforme las reglas establecidas en el Decreto 663 de 1999 (Estatuto Orgánico del Sistema Financiero) y el Decreto 2555 de 2010.

CUARTO. - APELACIÓN. La presente sentencia puede ser objeto del recurso de apelación para que de ella conozca, en segunda instancia, el Tribunal Superior del Distrito Judicial, Sala Laboral, del domicilio del apelante, El recurso de apelación deberá interponerse ante este despacho, dentro del término de tres (3) días, contados a partir del día siguiente a la notificación de la sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1 ° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6° de la Ley 1949 de 2019.

QUINTO.- NOTIFICAR esta decisión al señor EDILBERTO URBANO BARRETO, al email: ronalt145@hotmail.com, y a los doctores Guillermo Alfonso apoderado judicial,

y Felipe Negret Mosquera, y Felipe Negret Mosquera, Agente Liquidador, de CAFESALUD EPS, EN LIQUIDACION, a los email: requerimientos@cafesalud.com.co, notificacionesjudiciales@cafesalud.com.co, gaherreop@cafesalud.com.co, mlcastroh@cafesalud.com.co».

Inconforme con la decisión, el apoderado de la demandada **CAFESALUD EPS** la impugnó aduciendo, en síntesis, que es improcedente la orden de reembolso del gasto médico, puesto que, no se encuentra obligada a reconocer el pago de aquellos reembolsos por concepto de servicios de salud que no fueron autorizados ni suministrados por sus prestadores. Lo anterior, en la medida en que la EPS tiene contratada una red de prestadores que garantizaba el suministro y la prestación de los diferentes servicios de salud requeridos para el tratamiento de la patología del afiliado de acuerdo con la cobertura que ofrece el Plan Obligatorio de Salud; de manera que, cuando el usuario no hace uso de los servicios ofrecidos por la EPS y en su lugar decide acudir a una institución o a un médico particular, los costos generados para atender dicha atención deben ser asumidos con su propio peculio.

Adicionalmente, señala que el ex afiliado Edilberto Urbano Barreto, no se encontraba ante un riesgo inminente en el que se debieran estabilizar sus signos vitales, así como, los procedimientos realizados no fueron solicitados durante una atención de urgencias, pues es claro que los mismos, se dieron de manera programada en una IPS a la que acudió de manera particular, precisando, que la IPS Oftalmosanitas señaló que el señor Urbano fue atendido por medio de consulta externa, es por esto, que se prueba que la atención del ex afiliado no consistía en una urgencia, como se quiere hacer ver para poder atribuirle la responsabilidad Cafesalud EPS y así lograr el reembolso de los gastos que se están solicitando en presente proceso.

De igual modo, señaló que la IPS que le realizó los procedimientos al ex afiliado Urbano, nunca solicitó la autorización respectiva a Cafesalud EPS. Adicional a lo anterior, y tal como se expuso en la contestación de la demanda, al ex afiliado Urbano se le expidieron las autorizaciones de servicios que requería, sin embargo, y como se evidencia en el presente caso, decidió que la prestación del servicio fuera proporcionada por una IPS que no estaba dentro de la red de prestadores de Cafesalud.

Adicionalmente, para que proceda el reembolso solicitado debe probarse pruebe la

incapacidad, Imposibilidad, negativa injustificada a negligencia en la prestación del servicio de salud por parte de la EPS, sin embargo, Cafesalud EPS cumplió sus obligaciones como entidad promotora de salud, al expedir las autorizaciones que requería el señor Urbano número 15464669, 155371300, 15555664118, 161275032, para que se llevara a cabo la toma de exámenes en el Instituto Oftalmológico Salamanca el día 26/01/2016 Oftalmología Oftalmover S.A.S el día 05/02/2017, Oftalmológico Clínica de Ojos el día 10/02/2016, Optometría Med Salud Niza IPS el día 05/05/2016 en la ciudades de Bogotá y Fusagasugá. De ahí que, no se entienda porqué las IPS Instituto Oftalmológico Salamanca S.A, Oftalmover, Clínica de Ojos, Med Salud Niza IPS no prestaron los servicios al usuario cuando se tenían contratos suscritos con cada una de ellas.

Conforme a lo anterior, manifiesta que Cafesalud como empresa promotora de salud tenía garantizada la red para la prestación de servicios, y que si hubo negación o retraso fue por parte de las IPS, quienes son las obligadas a garantizar la prestación efectiva de los servicios de salud que hayan sido autorizados por la EPS, situación que no se dio en este caso, y que no puede ser imputada a la EPS.

Por todo lo anterior, señaló que CAFESALUD EPS, S.A, en Liquidación, no se encuentra obligada a reconocer el pago de aquellos reembolsos por concepto de servicios de salud que no fueron autorizados ni suministrados por sus prestadores y que no cumplen con los presupuestos establecidos en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 para ser reembolsados, sumado al hecho que no se encuentra obligada a reconocer el pago de aquellos reembolsos por concepto de servicios de salud que se hacen con temeridad, debido a que el Demandante pretende hacer ver como urgencia un servicio médico que se hizo de manera programada.

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

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

CONSIDERACIONES

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

En este orden de ideas, se tiene constituyó el anhelo del demandante **EDILBERTO URBANO BARRETO** se ordene a CAFESALUD E.P.S. reembolsarle la suma de \$4.730.000, cancelados por «*gastos en que incurrió por concepto de la atención de urgencias, de la entidad promotora de salud (COLSANITAS CLINICA DE COLOMBIA)(PARTICULAR)*» (Pagina 3. Exp. Digital: «1. DEMANDA.pdf»).

Como sustento fáctico de las pretensiones, el actor invocó los siguientes hechos (Página 2, ibidem):

- Solicitó una cita de oftalmología desde el día 26/01/2016 con la orden numero 15464669 por vía telefónica, pero le respondieron que no había convenio con CAFESALUD EPS, posterior a esto solicitó otra orden del día 05/02/2016 con numero de orden 155371300 de la cual no obtuvo respuesta y se volvió a transcribir la orden.
- Para el día 10/02/2016 con numero de radicado 15555664118, solicitó cita con optometría y no obtuvo respuesta, luego solicitó otra transcripción de la orden del 05/05/2016, con número de radicado 161275032 sin poder conseguir una cita oftalmológica, posterior a esto solicitó otra cita para el día 24/05/2016 con radicado número 162492715 por vía telefónica, sin obtener ninguna respuesta
- Señaló que sus ojos estaban deteriorados por las cataratas al ver esto se vio en la obligación de buscar otros medios para solucionar su problema; de

modo que buscó médicos particulares de oftalmología ya que con las órdenes que tenía no consiguió una cita de oftalmología por parte de la EPS, viéndose obligado a acudir a la Clínica Colombia, donde le realizaron la operación en el mes de julio del año 2016. Posterior a ello, pidió otra cita de oftalmología el 07/01/2017 con número de orden 175851806 y donde le respondieron que Cafesalud no tenía convenio; que renovó la orden pero a la fecha presentación de la solicitud no había conseguido cita con la EPS CAFESALUD.

La demanda se admitió mediante proveído del 24 de noviembre del 2017 (Exp. Digital: «2. *AUTO ADMISORIO Y NOTIFICACIONES.pdf*».) y se corrió traslado a la demandada con el fin de que contestara y allegara las pruebas que consideraran conducentes y pertinentes, igualmente se requirió al prestador de servicios OFTALMOSANITAS LTDA CLÍNICA COLOMBIA con el fin de que informara entre otros aspectos, si había atendido al accionante como paciente particular, por el servicio de urgencias, por el servicio de consulta externa o remitido por su entidad aseguradora; si informó su vinculación al S.G.S.S.S., a través de CAFESALUD EPS S.A. y si activó el servicio de salud de CAFESALUD EPS S.A.. Además, allegara copia de la factura y/o certifique el pago con ocasión a los servicios de salud prestados y requeridos por el usuario, además, aportara la copia de la historia clínica del señor EDILBERTO URBANO BARRETO.

Surtido el trámite procesal correspondiente, CAFESALUD EPS S.A. contestó (Exp. Digital: «3. *CONTESTACION J-2017-2190.pdf*».) solicitando se negaran las pretensiones de la demanda, toda vez que no se encuentra obligada a reconocer el pago de aquellos reembolsos por concepto de servicios de salud que no fueron autorizados ni suministrados por sus prestadores. Lo anterior, teniendo en cuenta que la EPS tenía contratada una red de prestadores que garantizaba el suministro y la prestación de los diferentes servicios de salud requeridos para el tratamiento de la patología del afiliado, de manera que, cuando el usuario no hace uso de los servicios ofrecidos por la EPS y en su lugar decide acudir a una institución o a un médico particular, los costos generados para atender dicha atención deben ser asumidos con su propio peculio.

De igual manera, indica que la solicitud de reembolso presentada por el demandante el día 2 de noviembre de 2016, se hizo de manera extemporánea, en razón a que

el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 establece que la solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los 15 días siguientes a la declaratoria de alta del paciente, por lo cual considera que la solicitud presentada no tiene plena validez, sumado a que dos de las solicitudes son recibos de caja menor.

En relación con el aspecto de urgencia, expone que para que opere el reembolso en el presente caso, se debe acreditar la urgencia del tratamiento solicitado, situación que resalta no se establece aquí, pues el examen se realizó de manera programada. De este modo, precisó que también existe mala fe del accionante, pues pretende cobrar servicios médicos programados.

De tal manera, conforme los supuestos fácticos señalados y el acervo probatorio recaudado, la juzgadora inicial mediante providencia del 11 de febrero del 2022 (Exp. Digital: «10. SENTENCIA.pdf») accedió a la pretensión incoada por el demandante y ordenó a CAFESALUD EPS EN LIQUIDACIÓN, reconocer y pagar a favor de EDILBERTO URBANO BARRETO la suma de \$4.730.000. Lo anterior tras considerar que CAFESALUD EPS no garantizó la oportunidad, continuidad ni integralidad en la atención médica que requería el demandante

Aunado a ello, la Superintendencia en su providencia argumenta que la expedición de las autorizaciones no exime a la EPS de la responsabilidad de garantizar oportunidad en la realización del servicio que autoriza a través de su Red de prestadores, pues en el presente caso no se garantizó la realización efectiva de las mismas en sus prestadores de servicios de salud, programando las respectivas citas médicas, razón por la cual el señor Edilberto Urbano Barreto se vio abocado a acudir a prestadores de salud ajenos a la red de su EPS, para el caso, a Oftalmosánitas, Sede Clínica Colombia, en donde, luego de ser valorado, le programan y realizan los procedimientos quirúrgico denominados facoemulsificación de catarata más implante de lente intraocular de ojo derecho el 23 de junio y de ojo izquierdo el 21 de julio de 2016, procedimientos que se encuentran en el PBS.

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

Así las cosas, en primer lugar, es del caso señalar, no fue motivo de controversia en el trámite del proceso, ni lo es ahora, que **EDILBERTO URBANO BARRETO** identificado con cédula de ciudadanía No. 80.360.082 estuvo afiliado a CAFESALUD EPS para la época de los hechos, situación que fue así determinada por la juez de primera instancia, no discutida en esta instancia.

Tampoco se discute que el señor EDILBERTO URBANO BARRETO asumió directamente el pago del procedimiento médico denominado «*EXTRACCION DE CATARATA POR FACOEMULSIFICACION MAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR EN OJO DERECHO*» en cuantía total de (\$4.730.000), aspecto que por demás se corrobora de páginas 20 a 33 de la «1. DEMANDA.pdf».

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

«Artículo 41. Función Jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:

(...)

b) Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado en los siguientes casos:

1. Por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) que no tenga contrato con la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen.

2. Cuando el usuario haya sido expresamente autorizado por la Entidad Promotora de Salud (EPS) o entidades que se le asimilen para una atención específica.

3. En los eventos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud o entidades que se le asimilen para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.»

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

«ARTICULO 14. RECONOCIMIENTO DE REEMBOLSOS. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario, **deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta** por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S., cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto»¹ (Negrilla y subrayas de la Sala).

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

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

*Estos componentes del derecho a la salud se desconocen principalmente cuando el servicio ha sido autorizado por la entidad prestadora de salud pero la persona no tiene acceso material a él, en el momento y las condiciones necesarias para que contribuyan efectivamente a la recuperación o control de la enfermedad. La Corte ha dicho que **el servicio debe prestarse en un tiempo y modo conveniente**. De lo contrario se amenaza gravemente la salud de la persona que deberá someterse, por ejemplo, a un intenso dolor o al deterioro de su patología» (Negrilla de la Sala).*

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

«4. Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud que se requieran, con calidad, eficacia y oportunidad

Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios que requieran, es decir, aquellos indispensables para conservar la salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o la dignidad. En ese sentido, las empresas

¹ <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/>

prestadoras de salud (del régimen contributivo y subsidiado), están en el deber de garantizar dicha prerrogativa sin importar si los servicios requeridos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido.

Por consiguiente, “si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones dichas, la falla en la regulación se constituye en un obstáculo al acceso, y en tal medida, desprotege el derecho a la salud de quien requiere el servicio.”

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

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

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

(...)

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

(...)

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

Así pues, advierte la Corporación, el demandante acudió a la Clínica Colombia (OFTALMOSANITAS LTDA), el 16 de junio de 2016 como paciente particular en consulta externa por disminución de visión lejana y próxima, donde se determinó

pertinente el procedimiento quirúrgico de «*FACOÉMULSIFICACION DE CATARATA MAS IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR OD*», el cual se realizó en dos tiempos, el 23 de junio de 2016 y el 21 de julio de 2016, situación que se constata con la historia clínica aportada por la parte actora (Páginas 4 a 14, Exp. Digital: «*4. RESPUESTA OFTALMO SANITAS.pdf*»).

Ahora bien, se observa que la EPS CAFESALUD expidió autorizaciones para consulta por oftalmología y consulta por optometría, entre los meses de enero a mayo de 2016 (13 a 19, «*1. DEMANDA.pdf*»), no se observa que efectivamente se hayan materializado las mismas, por lo menos no desmotró la EPS que así haya sido, pues el actor manifiesta que mediante llamadas telefónicas no pudo conseguir las citas autorizadas en las IPS adscritas a CAFESALUD, por tanto, se vio abocado a recurrir al mencionado prestador de servicios de salud particular, empero, como ya se mencionó, no obra prueba en el plenario que en efecto se haya materializado, por el contrario la citada autorización se desvirtúa con las facturas de venta e historia clínicas allegadas por la parte actora dentro del presente litigio, donde se consigna que se efectuó un procedimiento y se pagó por ese servicio particular, situación que da a entender que la autorización expedida por la EPS no fue efectiva y por ello el actor tuvo que asumir el costo de la consulta y el respectivo procedimiento.

Evidenciado lo anterior, es claro entonces que CAFESALUD EPS no actuó con la suficiente diligencia al no brindar efectivamente el acceso del paciente al examen requerido, teniendo en cuenta que pese a existir la autorización para la consulta por oftalmología y optometría, incluso, la realización del procedimiento médico, este nunca se materializó, siendo entonces la EPS traída a juicio la responsable de la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud suministrados a su afiliado, en virtud del principio de integralidad desarrollado y definido por la Corte Constitucional.

Nótese, que la EPS Cafesalud, fue negligente en el tratamiento del diagnóstico de la enfermedad del actor, que, por supuesto incluyen los diferentes exámenes médicos que le sean ordenados por su médico tratante con el fin de otorgar un diagnóstico acertado a sus padecimientos, advirtiéndose que la sola expedición de las autorizaciones no garantiza la efectividad del derecho a la salud, en tanto y en cuanto, este sólo se materializa con el acceso oportuno a la atención requerida.

Es claro entonces, que el demandante debió asumir gastos por consulta, exámenes y procedimiento quirúrgico ocular, como consecuencia del actuar descuidado y negligente de CAFESALUD EPS S.A., quien se itera si bien autorizó los mismos, lo cierto es que finalmente no se realizó ni la consulta, ni el examen y procedimiento quirúrgico, tanto que el actor tuvo que sufragar el costo ante esa entidad, OFTALMOSANITAS LTDA.; por lo que estos yerros no se le pueden cargar a la parte actora en beneficio de quien omitió sus deberes como aseguradora, entre los cuales se encuentra prestar un servicio de salud oportuno, eficiente, eficaz y de calidad; debiendo responder por toda falla o falta que se genere en la prestación del mismo.

En esa dirección, debe señalarse a juicio de esta Sala, resulta más que comprensible que en protección al derecho a un diagnóstico, el promotor de este juicio decidiera acudir a la IPS OFTALMOSANITAS LTDA como usuario particular, en aras de restablecer preservar su estado de su salud, y en ese orden, dado que tal circunstancia derivó de la falta de oportunidad y eficiencia en el servicio prestado por la EPS demandada, no es de recibo, que pretenda ahora, evadir las consecuencias de su omisión, pues para esta Sala la decisión del actor de cancelar el valor establecido por la IPS, resulta más que justificada, de conformidad con lo expuesto en sentencia T-361 de 2014:

«El derecho al diagnóstico como aspecto integrante del derecho a la salud, es indispensable para llegar a una recuperación definitiva de una enfermedad o a mejorar la calidad de vida del paciente. De manera que la negación del mismo, impide que se realice el tratamiento adecuado y preciso que requiere el afectado. Pero, no solo la negativa del derecho al diagnóstico vulnera los derechos constitucionales, sino cuando no se práctica a tiempo o se realiza de forma negligente, complicando en algunos casos el estado de salud del paciente hasta el punto de llegar a ser irreversible su cura, eventos en los cuales, puede llegar a afectar gravemente la salud y la dignidad humana del paciente al someterlo de manera interminable a las afecciones propias de su mal estado de salud».

En consideración al criterio jurisprudencial, se encuentra la urgencia justificada, pues es necesaria la realización de todos los procedimiento médicos encaminados al efectivo diagnostico y tratamiento de los padecimientos, pues de no hacerse de manera oportuna y efectiva, puede derivar en afectaciones graves al estado de salud del usuario.

Corolario de todo lo anterior, resulta acertada la decisión de primer grado, en cuanto

dispuso el reembolso de las sumas sufragadas por la parte actora, por corresponder a los gastos médicos en que incurrió a efectos de recibir la atención médica, eficaz y oportuna, obligación que se encontraba en cabeza de la EPS, razón por la cual, no hay lugar a acoger de manera favorable los argumentos expuestos por el apoderado recurrente.

Por otro lado en cuanto a que la solicitud de reembolso se radicó de manera extemporánea, término establecido en el artículo 14 de Resolución 5261 de 1994 el cual alude el recurrente imperativo para la viabilidad del pago que aquí se persigue, advierte la Sala, el plazo al que hace referencia dicha disposición corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite de su solicitud ante la entidad, razón por la cual, el incumplimiento del mismo no puede tener como consecuencia la pérdida del derecho a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le competen. Así lo ha adocinado la Corte Constitucional, entre otras en las sentencias T-594 de 2007², reiterada en la sentencia T-650 de 2011³.

En ese mismo sentido, debe anotarse, tal lapso no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación que tiene la EPS de reconocer a sus usuarios el reembolso de los dineros que le corresponda asumir por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud.

Finalmente, en lo que toca a la solicitud realizada por CAFESALUD de disponer al demandante hacerse parte del proceso liquidatorio para proceder al pago de las acreencias a su favor, pertinente es anotar, si bien existe un procedimiento para el pago de sentencias judiciales emitidas contra la sociedad en liquidación en el curso del proceso liquidatorio, previsto en el artículo 9.1.3.5.10 del Decreto 2555 de 2010,

² «Sobre el particular, lo primero que debe señalarse es que el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ninguna manera como un término prescriptivo de la obligación que tiene el I.S.S. de reconocer a sus usuarios, el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo en mención corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la propia entidad, razón por la cual el vencimiento del mismo no puede de manera alguna tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le asisten.»

³ “Adicionalmente, la vulneración de los derechos de la accionante se torna más gravosa por cuanto la entidad accionada negó el reconocimiento de dicha prestación con fundamento en el incumplimiento de un requisito meramente formal, como es la extemporaneidad de la reclamación, esto es, vencido el término establecido en el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994, según la cual “... la solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente...”.

De este modo, se resolverá de acuerdo a lo establecido en la sentencia T-594 de 2007, en donde se manifiesta que el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación que tiene Coomeva de reconocer a sus usuarios el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la entidad, razón por la cual el cumplimiento del mismo, no puede tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le concurren.”

el agotamiento del mismo obedece a un trámite que resulta potestativo de la parte que persigue la satisfacción de las obligaciones reconocidas a su favor, advirtiéndose además, el presente litigio no corresponde a la ejecución de la obligación en la cual si debe procederse con especial atención y con sujeción a lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1116 de 2006.

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

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

COSTAS en esta instancia a cargo de la parte demandada.

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

RESUELVE

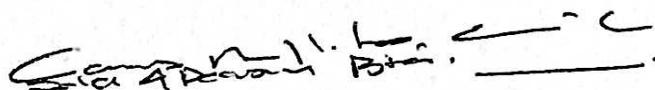
PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia apelada.

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

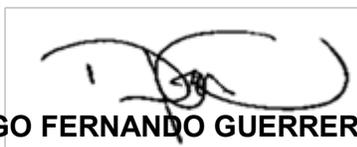
NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,



DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN

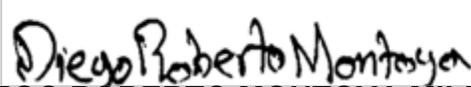


CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR



DIEGO FERNANDO GUERRERO OSEJO

AGENCIAS EN DERECHO: Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de \$500.000, la cual deberá ser incluida en la liquidación de costas, al tenor de lo consagrado en el artículo 366 del C.G.P.


DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN