

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

**MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN.**

**PROCESO SUMARIO PROMOVIDO RICARDO CRUZ RAMÍREZ CONTRA  
COMPENSAR EPS (RAD 00 2023 00901 01).**

En Bogotá D.C., a los diecinueve (19) días del mes de septiembre de dos mil veintitrés (2023), estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano la siguiente,

**S E N T E N C I A**

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por la apoderada de la demandada **COMPENSAR EPS**, contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 13 de febrero de 2023, S2023-000140 (Exp. Digital: «12.SENTENCIA.pdf») en la que se resolvió:

<b>PRIMERO.-</b>	<b>RECONOCER PERSONERÍA</b> para actuar en el presente proceso al doctor German David Garcia Cárdenas, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.010.202.233 y con Tarjeta Profesional No. 266491 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado de la EPS COMPENSAR en los términos del poder conferido.
<b>SEGUNDO.-</b>	<b>ACCEDER</b> a la pretensión formulada por el señor Ricardo Cruz Ramírez, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.658.421, en contra de la COMPENSAR EPS, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.
<b>TERCERO.-</b>	<b>ORDENAR</b> a la <u>IPS SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE</u> , identificado con el NIT No. 900959048-4, devolver a la señora Marþha Ligia Cruz Ramirez, identificada con cédula de ciudadanía 39.642.735, los pagarés No. 3166 y 6169 y la carta de instrucciones firmada por ella; en el término de cinco (5) días, contados a partir de la ejecutoria de la presente providencia, así como también, facture a COMPENSAR EPS, los valores correspondientes a la atención brindada al señor Ricardo Cruz Ramirez, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.658.421 entre el 04 al 07 de marzo de 2021.
<b>CUARTO.-</b>	<b>TRASLADAR COPIAS</b> de la demanda con sus anexos, a de la demanda con sus anexos, a la Superintendencia Delegada para Investigaciones Administrativas, para que adelante las investigaciones pertinentes, si a ello hubiere lugar, contra la IPS SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE y COMPENSAR EPS, conforme a las consideraciones antes anotadas.

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

Inconforme con la decisión, la apoderada de la demandada **COMPENSAR EPS**, presentó recurso de apelación aduciendo, el señor **RICARDO CRUZ RAMÍREZ**, se encuentra **ACTIVO** en el Plan de Beneficios en Salud de **COMPENSAR EPS**, desde el pasado **30 de marzo de 2021** en calidad de **COTIZANTE PENSIONADO**, como se evidencia en certificado de afiliación:

Que el(la) señor(a) **RICARDO CRUZ RAMIREZ** identificado(a) con Cedula Ciudadania 79658421, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES NIT 900336004, en calidad de Pensionado por sustitución según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210330	No Registrada

Adicionalmente informó, se escaló el caso con el proceso de Salud Aclaraciones de la EPS, quienes informaron que, para el periodo de marzo de 2021, el usuario registró anulación de afiliación el 17 de octubre de 2020, posteriormente registra afiliación como **BENEFICIARIO** a partir del 8 de marzo hasta el 29 de marzo de dicha anualidad, por ingresar novedad como **COTIZANTE** como se expone a continuación:

Cliente:  
CC - 79658421

Resumen Histórico							
HISTÓRICO DE VINCULACIÓN							
Tipo Afiliado	Estado	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Causal Retiro	Identificación Empresa o Cotizante	Nombre Empresa o Cotizante	EPS
Dependiente	POS, Retirado, Categoría	20020905	20021117	DESVINCLACION NOVEDAD AUTOLIQUIDACION	800028659	IMPULSO Y HERCADEO S A	B
Conyuge	POS, Retirado, Categoría	20040212	20041019	25	51794985	RAMIREZ AMPARO	B
Conyuge	POS, Retirado, Estrato I	20040212	20201016	POR MUERTE DEL COTIZANTE	51794985	RAMIREZ AMPARO	B
Conyuge	POS, Retirado, Categoría	20041020	20041030	DESVINCLACION DEL COTIZANTE	51794985	RAMIREZ AMPARO	B
Conyuge	POS, Retirado, Categoría	20041117	20060116	DESVINCLACION DEL COTIZANTE	51794985	RAMIREZ AMPARO	B
Conyuge	POS, Retirado, Categoría	20060124	20070128	DESVINCLACION DEL COTIZANTE	51794985	RAMIREZ AMPARO	B
Conyuge	POS, Retirado, Categoría	20070106	20070930	DESVINCLACION DEL COTIZANTE	51794985	RAMIREZ AMPARO	B
Conyuge	POS, Retirado, Categoría	20070821	20080330	DESVINCLACION POR SOLICITUD DEL COTIZANTE	51794985	RAMIREZ AMPARO	B
Conyuge	POS, Retirado, Categoría	20080320	20091221	DESVINCLACION DEL COTIZANTE	51794985	RAMIREZ AMPARO	B
Afiliado Regimen Subsidiado	RS, Retirado, Estrato I	20201017	20201017	ANULACION DE AFILIACION	79658421	CRUZ RAMIREZ RICARDO	B
Padres	POS, Retirado, Estrato I	20210308	20210329	BENEFICIARIO PASA A COTIZANTE	1000810682	CRUZ RAMIREZ DANIEL RICARDO	B

En sentir de la EPS recurrente, para la fecha de los hechos, 4 de marzo de 2021, el señor RICARDO CRUZ RAMIREZ no se encontraba con afiliación activa a COMPENSAR EPS, por el contrario, como se expuso en el acápite anterior, la afiliación del señor RICARDO CRUZ RAMIREZ al Plan de Beneficios en Salud de se concretó hasta el día **30 de marzo de 2021** en calidad de COTIZANTE PENSIONADO, por lo que tanto la solicitud de reembolso elevada por el señor RICARDO CRUZ RAMIREZ, y en consecuencia la facturación a COMPENSAR EPS es abiertamente improcedente.

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 6º) 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, constituyó el anhelo del demandante RICARDO CRUZ RAMIREZ se ordene a EPS COMPENSAR el reconocimiento económico de **\$1.771.482**, correspondiente a la factura No. 6131379 y pagaré LT000000006169 por concepto de atención hospitalaria de urgencias psiquiátrica otorgada entre el 4 al 7 de marzo de 2021, la cual se encuentra pendiente de pago en el Hospital de Kennedy, así (carpeta 1, documento *DemandaJurisdiccionalDeReconocimientoEconomico.pdf, archivo01*):

Que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ORDENE el RECONOCIMIENTO ECONÓMICO para que la EPS COMPENSAR, asuma el pago de la suma de Un Millón Setecientos Setenta y un mil cuatrocientos ochenta y dos pesos m.cte. (\$1.771.482) de la factura No. 6131379 y pagaré LT 000000006169 por concepto de atención hospitalaria de urgencia psiquiátrica del 4 al 7 de marzo de 2021 que se encuentra pendiente de pago en el Hospital de Kennedy y así evitar un cobro jurídico a mi cargo.

Tanto en la Resolución SUB 25692 del 4 de febrero de 2021 como en la Comunicación de Colpensiones del 30 de julio de 2021, es muy claro que los aportes de mi salud han sido cancelados a favor de la EPS COMPENSAR.

Como sustento fáctico de las pretensiones, el actor invocó los siguientes hechos (Páginas 1 a 3, ibidem):

**PRIMERO:** Mediante la Resolución SUB 25692 del 4 de febrero de 2021, me fue reconocida la pensión de sobreviviente en calidad de compañero permanente de Amparo Ramírez, fecha desde la cual yo figuro en la nómina de pensionados como Cotizante Contributivo Pensionado por parte de Colpensiones y de mi mesada se hacen los aportes de salud en mi nombre y a favor de la EPS COMPENSAR, lo cual ratifica Colpensiones en la comunicación 2021-8384880 del 30 de julio de 2021.

**SEGUNDO:** El pasado 4 de marzo de 2021 fui atendido de urgencias en el Hospital de Kennedy por una crisis psiquiátrica. El Hospital de Kennedy me está cobrando la atención hospitalaria de urgencias que me prestó del 4 al 7 de marzo de 2021 en calidad de paciente particular mediante factura No. 6131379 y pagaré LT 000000006169 por valor de \$1.771.482.

**TERCERO:** Desde el 6 de abril de 2021 y hasta la fecha he solicitado mediante 6 diferentes comunicaciones que la EPS COMPENSAR y/o en su defecto Salud Régimen Excepción ADRES reconozca y haga efectivo el pago de la factura que me hace la IPS Hospital de Kennedy de los gastos hospitalarios del 4 al 7 de marzo de 2021 y evitar un posible cobro jurídico.

La EPS COMPENSAR ha contestado 5 de mis requerimientos y me ha dado respuesta negativa a mi caso y dice que yo no presentaba afiliación activa durante las fechas del evento y **desconocen mi condición de pensionado contributivo**. Mi última solicitud de reevaluación de caso la realicé el 2 de agosto y hasta la fecha de hoy, 21 de septiembre, no he recibido ninguna respuesta.

Mi calidad de pensionado la adquirí a partir del fallecimiento de mi compañera permanente y se me hicieron los respectivos descuentos retroactivos para el aporte de salud, según se evidencia en la Certificación de Aportes – Planilla- Aportes en Línea y en los Certificados de deducciones del Fondo de Pensiones, por lo tanto, la EPS COMPENSAR y/o en su defecto Salud Régimen Excepción ADRES son los que deben desembolsar y sanear el requerimiento económico que me está haciendo el Hospital de Kennedy.

Igualmente, la EPS COMPENSAR está desconociendo la comunicación 20212510387081 del 1 de junio de 2021 emitida por la Secretaría de Salud, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano, entidad que en el momento de generar la factura no contaba con la documentación necesaria en mi calidad de pensionado y que expresan **“que esperan que la respuesta de la EPS COMPENSAR sea positiva, para proceder a generar la factura con cargo a dicha EPS”**.

**CUARTO:** La Superintendencia de Salud ha estado enterada de esta situación desde el 8 de abril de 2021 mediante PQRS-21-0368858 y desde entonces se han registrado 32 acciones de seguimiento y monitoreo. Igualmente, en el PQRS se encuentran todas las pruebas documentales que he enviado como anexo al caso a lo largo de estos meses de reclamación.

**QUINTO:** La Defensoría del Pueblo me asesora también desde el 25 de junio de 2021 y ellos han proyectado y enviado dos Gestiones Defensoriales relacionadas con mi caso:

La primera gestión fue enviada ante la Administradora de Pensiones Colpensiones, **en la respuesta emitida por COLPENSIONES se evidencia y se confirma que hago parte de la nómina de pensionados desde el mes de febrero de 2021**. Por tal razón la EPS COMPENSAR debe a la mayor brevedad adelantar los trámites administrativos pertinentes para que se hagan efectivos los derechos prestacionales, los cuales son obligaciones legales a su cargo del sistema de seguridad social.

La Segunda Gestión fue enviada a la EPS COMPENSAR el 11 de agosto de 2021 teniendo en cuenta la respuesta emitida por Colpensiones. La Defensoría del Pueblo solicita a dicha institución estudiara mi caso y a la mayor brevedad y realizara los trámites administrativos pertinentes y asumiera los gastos que se encuentran pendientes por pagar de la atención hospitalaria de urgencias que me prestó el Hospital de Kennedy del 4 al 7 de marzo de 2021.

Asimismo, con la asesoría de la Defensoría del Pueblo el 3 de septiembre radiqué Acción de tutela en contra de la EPS COMPENSAR y el 15 de septiembre recibí la respuesta del Juzgado 38 Civil Municipal de Bogotá, en donde Niegan mi Acción de Tutela ya que el Juez enfatiza que ellos no son los encargados de resolver mi petición ya que es de carácter económico y **que la Superintendencia Nacional de Salud-Delegatura para asuntos jurisdiccionales, es el ente encargado de resolver este tema**.

**SEXTO:** Para mí, no ha sido fácil superar la repentina muerte de mi esposa. Actualmente sigo en mi tratamiento psiquiátrico en la Clínica de la Paz y esta situación del pago pendiente de la factura en el Hospital de Kennedy me tiene bastante afectado pues siento que se han vulnerado mis derechos de pensionado los que adquirí desde el mes de febrero, fecha en la que me incorporaron en nómina como pensionado.

Como quiera que se evidencia una afrenta a mis derechos de seguridad social, salud, vida en condiciones dignas y el mínimo vital, por no recibir respuesta a mis solicitudes, por ende, no recibir de parte de la EPS una solución a mi caso, pues como se puede evidenciar en las pruebas aportadas, ingrese a la

nómina de pensionados desde el mes de FEBRERO del presente año, por tal razón es obligación de la **EPS COMPENSAR el asumir los costos de la atención médica recibida en servicio de urgencias del Hospital de Kennedy por el periodo comprendido desde el 04 de marzo hasta el 07 de marzo de 2021.**

**SEPTIMO:** Corolario de estas exposiciones, solicito a ustedes se decrete el amparo de mis derechos fundamentales, ordenando a la EPS COMPENSAR asumir el pago pendiente de los costos de la atención médica recibida en servicio de urgencias del Hospital de Kennedy por el periodo comprendido desde el 04 de marzo hasta el 07 de marzo de 2021 por valor de \$ 1.771.482 y que se realicen los trámites administrativos pertinentes para la anulación del pagaré.

La demanda se admitió mediante proveído del 07 de julio de 2022 (Exp. Digital: «5. *AUTO ADMISORIO.pdf*») y se corrió traslado a la EPS demandada con el fin de que contestara y allegara las pruebas que consideraran conducentes y pertinentes, igualmente se requirió al prestador de servicios SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, con el fin de que informara:

- ✓ Si el señor Ricardo Cruz Ramírez, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.658.421, fue atendido como paciente particular, por el servicio de urgencias, por el servicio de consulta externa, o remitido por su entidad aseguradora.
- ✓ Si realizó el 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.
- ✓ Si hace parte de la red de prestadores de COMPENSAR EPS, de ser así desde qué fecha.
- ✓ Si el señor RICARDO CRUZ RAMÍREZ, o alguno de sus familiares informó su afiliación a COMPENSAR EPS.
- ✓ Si informó a COMPENSAR EPS el ingreso del señor Ricardo Cruz Ramírez.
- ✓ En caso de urgencia, si realizó el proceso de referencia y contra referencia del paciente.
- ✓ Copia de la factura y/o certificación del pago con ocasión a los servicios de salud prestados y requeridos por el usuario.

- ✓ Copia de la historia clínica del señor Ricardo Cruz Ramírez, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.658.421.

Surtido el trámite procesal correspondiente, la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE, expuso desde el área de autorizaciones la trazabilidad efectuada en el caso del señor Ricardo Cruz Ramírez, así (*Exp. Digital: «8. CONTESTACION DEMANDA REQUERIDO, archivo 1»*):

*“1. Paciente que ingresa a la Unidad de Kennedy el 4 de marzo del 2021 las 18:05 horas.*

*2. En el momento de la atención su situación en el Sistema General de Seguridad Social era:*

*ADRES BDUA activo por emergencia, ADRES COMPENSADOS diciembre del 2020 como beneficiario “pago Estado de Emergencia”, SISBEN puntaje mayor COMPROBADOR DE DERECHOS puntaje mayor 62.98.*

*3. Para el reporte de la atención inicial de urgencias, se establece comunicación con la funcionaria Dayana Pardey de la EPS Compensar quien informa que el paciente se encuentra retirado desde el 17 de octubre de 2020. Así mismo se reporta vía correo electrónico con la siguiente respuesta:*

*Respuesta vía correo del 5 de marzo de 2021. “Usuario retirado de la EPS Compensar del 20201017 por ANULACION DE AFILIACION, por favor enviar copia de afiliación con sello de radicado para escalar al proceso.*

*Respuesta vía correo de 5 de marzo: “Se verifica en sistema paciente a la fecha se encuentra con novedad de afiliación, en estado RETIRADO desde el 20201017 por ANULACION DE AFILIACION; Se solicita hoja de afiliación para escalar caso.*

*4. Se realiza reporte de la hospitalización acorde a la norma con las siguientes repuestas vía correo de la EPS.*

*Repuesta vía correo del 6 de marzo: “Paciente con documento 79658421 registra retirado de la base de datos de compensar se solicita envió de soportes de afiliación.*

*5. En seguimiento telefónico el día 9 de marzo vía telefónica la funcionaria Yuli Poveda de la EPS Compensar indica que paciente queda activo a partir del 8 de marzo, no genera autorización de los servicios de urgencia ni de hospitalización de los días 4,5,6, 7 de marzo 2021 y solicita dar inicio al trámite de remisión.*

*6. Se solicita autorización de egreso definitivo, para estancia en la unidad de salud mental, la EPS emite respuesta con código integral # 210687533317420, dando cubrimiento a los días 8,9, 10 ,11 y 12 de marzo 2021.*

*7. Desde autorizaciones se realiza el reporte a la EPS Compensar de acuerdo a lo registrado en bases de datos ADRES y COMPROBADORES, teniendo en cuenta que para la atención del 4 de marzo el usuario no suministro (Certificaciones Compensar noviembre de 2020 y enero 2021, Resolución Colpensiones SUB 25692 del 4 de febrero de 2021, Certificación de pensionado por parte de Colpensiones -febrero y marzo de 2021), desde el proceso de autorizaciones se procedió a reiterar la*

*autorización con dichos soportes para el periodo del 4 al 7 de marzo de 2021. Sin respuesta por parte de la EPS Compensar”.*

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, se verificará si el señor RICARDO CRUZ RAMIREZ, estaba afiliado a la EPS COMPENSAR para la época de los hechos en que acudió a URGENCIAS a través de la IPS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE el 4 de marzo de 2021, Hospital de Kennedy mediante traslado primario en ambulancia No. 6341, siendo tratado hasta el 12 del mismo mes y año al requerir tratamiento de Psiquiatría.

Así pues, para dirimir la controversia traída a los estrados, bueno resulta recordar la norma reguladora en materia de reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido 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.” (Negrilla fuera del texto).*

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»<sup>1</sup>** (Negrilla y subrayas de la Sala).

Precisado lo anterior, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas por el juzgador 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:

---

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

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

Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios que requieran, es decir, aquellos indispensables para conservar la salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o la dignidad. En ese sentido, las empresas prestadoras de salud (del régimen contributivo y subsidiado), están en el deber de garantizar dicha prerrogativa sin importar si los servicios requeridos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido.

Por consiguiente, “si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones 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, según historia clínica aportada al expediente, el demandante ingresó a la IPS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE el 4 de marzo de 2021 al servicio de urgencias de la USS Kennedy mediante traslado primario en ambulancia No. 6341, con antecedentes de esquizofrenia y cuadro clínico de agitación, por lo que se dio inicio a manejo médico por el servicio de psiquiatría, así mismo, se efectuó el procedimiento de referencia a contra referencia a EPS.

Posteriormente, el 05 de marzo de 2021 el actor fue valorado por trabajo social, quien expuso como antecedentes clínicos *"Paciente de 48 años de edad, que en bases de datos (Adres, CD y DNP) registra ACTIVO POR EMERGENCIA como beneficiario en la EPS-C COMPENSAR, con último periodo compensado 12/2020 y puntaje SISBEN 62.98 de Bogotá. Según el reporte de admisiones indica que: Mediante línea telefónica informa Dayana Parde y retirado desde el 17/10/2020 se realiza por protocolo y se deja seguimiento por trabajo social". Se intenta realizar afiliación SAT y no es posible toda vez que el paciente registra activo en la EPS-C COMPENSAR. Se solicita al área de admisiones dar continuidad a la gestión de la autorización con los entes de control, toda vez que la prestación del servicio se encuentra amparada según Decreto 538/2020 (Por el cual se adoptan medidas en el sector salud, para contener y mitigar la pandemia de COVID-19 y garantizar la prestación de los servicios de salud, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.) y Decreto 800/2020 (Por el cual se adoptan medidas para el flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y mantener la afiliación al mismo de quienes han perdido la capacidad de pago, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica.)"* .

A la par, en esta data se estableció el siguiente plan de manejo: *"se hospitaliza por psiquiatría - remisión por EPS, risperidona tab 2 mg 1-0-1, ácido valproico 250 mg 1-1-1, lorazepam tab 2 mg 1-0-1, control de signos vitales"*. El 12 de marzo de 2021 se autorizó el egreso de la USS Kennedy, punto de atención de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., generándose dos facturas por la atención prestada, siendo estas:

- ✓ Factura No. 6131379 por valor de \$1.933.482 que se le aplicó un anticipo por valor de \$162.000 **quedando un saldo pendiente por pagar de \$1.771.482**

**respaldado con un pagaré.**

- ✓ Factura No. 6131380 por valor de \$1.403.646 que se distribuye \$1.242.228 para pago a la Entidad y un pago por el usuario de \$161.418.

Evidenciado lo anterior, se constata, el señor RICARDO CRUZ RAMIREZ es un paciente que tiene antecedentes médicos patológicos y por dicha situación fue llevado al Hospital de Kennedy en ambulancia al presentar un estado de alteración psiquiátrico, requiriendo hospitalización entre el 4 al 12 de marzo de 2021, resaltándose, en dicho momento el actor se encontraba en un estado mental que requería de una protección urgente “Esquizofrenia Paranoide”.

Además, tal como lo dedujo el *a quo*, el señor RICARDO CRUZ RAMIREZ para el 4 de marzo de 2021 (Ingreso a Urgencias) **se encontraba como activo por emergencia sanitaria** en la EPS COMPENSAR de acuerdo a lo previsto en los Decreto 538 de 2020, artículo 15<sup>2</sup>, Decreto 800 de 2020, artículo 4<sup>3</sup> y la Circular 23

---

<sup>2</sup> " **Artículo 15.** (...) PARÁGRAFO 1. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud de los afiliados al Régimen Contributivo, una vez finalizado el periodo de protección laboral cuando aplique, continuará pagando a las Entidades Promotoras de Salud -EPS- el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- correspondiente a los cotizantes que hayan sido suspendidos y su núcleo familiar, así como a los beneficiarios de los cotizantes que hayan fallecido, a partir de la entrada en vigencia del presente decreto y Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19.

PARÁGRAFO 2 Durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus COVID-19, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- podrá adelantar los mecanismos previstos en el artículo 41 del Decreto-ley 4107 de 2011 y los del artículo 9 de la Ley 1608 de 2013, para lo cual no aplicará la restricción definida en el literal j) de la destinación de los recursos a que se refiere este artículo. Para el pago de los recursos que se otorguen por medio de estos mecanismos, se podrá realizar un cruce de cuentas por medio de lo aprobado por el mecanismo de saneamiento dispuesto por el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019, lo que se reconozca en la auditoría de los servicios y tecnologías no financiadas con la Unidad de Pago por Capitación -UPC- adelantada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- o lo reconocido por concepto de Unidad de Pago por Capitación -UPC- de los regímenes contributivo o subsidiado.

"PARÁGRAFO 3. Autorícese a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- para administrar y ejecutar los recursos que se destinen para atender la emergencia económica, social y ecológica declarada por el Coronavirus COVID-19 o aquellos que se dispongan en el marco de la emergencia sanitaria. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- compensará de manera automática los saldos adeudados por esta figura en caso de liquidación de Entidades Promotoras de Salud -EPS-." (Negrilla de la Sala).

<sup>3</sup> "ARTÍCULO 4o. <Emergencia vigente hasta el 30 de junio de 2022. Resolución MINSALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL 385 de 2020> Adicionar un inciso al parágrafo del artículo 190 de la Ley 223 de 1995, modificado por el artículo 1o. de la Ley 1393 de 2010, en los siguientes términos:

"Los recursos establecidos en el presente parágrafo también podrán ser destinados para el pago de los servicios que se hayan prestado o se presten por concepto de urgencias a la población migrante regular no

de 2020<sup>4</sup>, normas y lineamientos que ratifican la cobertura en salud para estos casos. Por ende, es claro que el señor RICARDO CRUZ se encontraba **afiliado y activo** al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la EPS enjuiciada, aunado al hecho que le fue reconocida la pensión de sobrevivientes, conforme a la Resolución No. 25692 del 04 de febrero de 2021, con ocasión del fallecimiento de la señora AMPARO RAMIREZ, identificada en vida con cédula de ciudadanía No. 51.794.985, prestación que fue ingresada en la nómina de **febrero de 2021**, como se observa a continuación:

## Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	79658421
NOMBRES	RICARDO
APELLIDOS	CRUZ RAMIREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

## Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	RÉGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	12/02/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Así mismo, es importante mencionar, si bien la pensión de sobrevivientes le fue reconocida al actor y fue incluido en la nómina de febrero de 2021, correspondiendo el periodo de cotización en salud al mes de marzo de la misma anualidad, no puede la EPS COMPENSAR negar la prestación del servicio<sup>5</sup>, aun tratándose de un

*afiliada o irregular. La Nación podrá cofinanciar el pago de los mismos, siempre y cuando la entidad territorial certifique la auditoría de las cuentas y la insuficiencia de recursos para financiar dichas atenciones”.*

<sup>4</sup> *“Lineamientos para el reconocimiento de UPC, por afiliados señalados en el parágrafo 1 del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Reconocimiento de la Unidad de Pago por Capitación –UPC– a las EPS y EOC por cotizantes al régimen contributivo en salud y su núcleo familiar cuando no puedan continuar con el pago de los aportes durante el término de la emergencia sanitaria declarada por el Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la pandemia derivada del Coronavirus Covid–19. De esta Circular de la ADRES se destaca:*

- *El reconocimiento de la UPC se circunscribe a los siguientes sujetos: i) los suspendidos por mora y su núcleo familiar, ii) los afiliados al régimen contributivo una vez termine el periodo de protección laboral y iii) por los beneficiarios de los cotizantes fallecidos, resultado del Decreto Legislativo 538 de 2020 y de su interpretación armónica y sistemática, acorde con la Constitución Política y la garantía del derecho fundamental a la salud.*
- *Se definen las condiciones técnicas y operativas para la liquidación y reconocimiento de UPC a las EPS y EOC por afiliados en las situaciones antes descritas.”.*

<sup>5</sup> *“ARTÍCULO 19. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. <Artículo compilado en el artículo 2.1.3.4. del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1. del mismo Decreto 780 de 2016> El afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios*

servicio de **urgencias**. Se reitera, el demandante en ningún momento estuvo retirado de la EPS COMPENSAR, así como tampoco se dejaron de cancelar los aportes en salud, toda vez que Colpensiones al reconocerle la pensión sufragó el periodo de **marzo de 2021** y era deber de la EPS encartada garantizar los servicios y no aducir o justificar una efectividad en la vinculación desde el **31 de marzo de 2021**, desconociéndose los pagos de febrero y marzo de 2021.

Por lo anterior, se observa, la EPS COMPENSAR no actuó con la suficiente diligencia al no asumir los costos generados por el paciente a efectos de garantizar la atención de urgencias brindada, pues toda IPS está en la obligación de atender a la población que acuda ante una alteración de la integridad física o **mental** que genere una atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte, de manera que en el asunto, la EPS traída a juicio es 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.

Al punto, conforme a lo dicho por la IPS en la contestación, se tiene que el día 9 de

---

*desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad. Las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.*

*Los prestadores podrán consultar el Sistema de Afiliación Transaccional con el fin de verificar la información correspondiente a la afiliación de la persona.*

**PARÁGRAFO.** *Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, los afiliados accederán a los servicios del plan de beneficios desde la fecha de radicación del formulario de afiliación y novedades en la EPS o desde la fecha de la efectividad del traslado o de la movilidad.”.*

**“ARTÍCULO 31. EFECTOS DE LA SUSPENSIÓN DE LA AFILIACIÓN.** *<Artículo compilado en el artículo 2.1.3.16 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016. Debe tenerse en cuenta lo dispuesto por el artículo 4.1.1 del mismo Decreto 780 de 2016> Durante los períodos de suspensión de la afiliación por mora, no habrá lugar a la prestación de los servicios del plan de beneficios a cargo de la EPS en la cual se encuentre inscrito con excepción de la atención en salud de las gestantes y los menores de edad en los términos establecidos en el artículo 75 del presente decreto.*

*En el caso de los beneficiarios respecto de los cuales no se alleguen los documentos que acreditan tal condición, cuando sean requeridos según lo dispuesto en el artículo 13 del presente decreto, estos tendrán derecho a la atención inicial de urgencias y la UPC correspondiente se reconocerá una vez se aporten dichos documentos. Se exceptúa de lo aquí previsto la atención en salud a las mujeres gestantes y a los menores de edad a quienes se les garantizará los servicios del plan de beneficios.*

*En el caso de los cotizantes independientes no se causarán cotizaciones ni intereses de mora de conformidad con el artículo 209 de la Ley 100 de 1993.*

**En todo caso, producida la suspensión de la afiliación, cuando el afiliado se encuentre con tratamientos en curso, sea en atención ambulatoria, con internación, de urgencias, domiciliaria o inicial de urgencias, los servicios de salud serán garantizados en los términos previstos en el presente decreto.”.**

marzo de 2021 vía telefónica la funcionaria Yuli Poveda de la EPS Compensar indicó que el paciente quedaba activo a partir del 8 de marzo de 2021, desconociéndose el por qué desde dicha data y no desde el 4 de marzo de 2021, lo que provocó que no se generarán autorizaciones de hospitalización y servicios pertinentes para los días 4, 5, 6 y 7 de marzo 2021, es decir, la EPS asumió la carga prestacional solo a partir del 8 del mismo mes y año, según se constata con la respuesta - código integral No.210687533317420.

Entonces, se considera un yerro de la EPS COMPENSAR no autorizar el pago de los servicios desde el 4 al 7 de marzo de 2021, como ya se advirtió, cuando el demandante se encontraba activo en la EPS debido a la emergencia sanitaria originada por el Covid-19 y en virtud de la pensión de sobrevivientes que le fue reconocida por Colpensiones, resaltándose, estas omisiones 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 el promotor de este juicio decidiera hacer uso del derecho de diagnóstico y acudiera a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE como usuario particular para que fuera atendido por urgencias, en aras de preservar su estado de su salud **mental**, y en ese orden, no es de recibo, que la EPS pretenda ahora, evadir las consecuencias de una afiliación, pues para esta Sala la decisión la conducta del actor 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 procedimientos médicos encaminados

al efectivo diagnóstico y tratamiento de los padecimientos mentales del actor, pues de no hacerse de manera oportuna y efectiva, podía derivar en afectaciones graves al estado de salud del usuario, incluso estaba en riesgo su salud mental y por eso fue trasladado por una ambulancia ya que su estado era agresivo y aspecto físico descuidado, afectándose su estado psíquico de manera notoria.

Corolario de todo lo anterior, resulta acertada la decisión de primer grado, en cuanto dispuso el pago de los servicios requeridos por el señor RICARDO CRUZ RAMIREZ entre el 4 al 7 de marzo de 2021 por concepto de atención hospitalaria de urgencias psiquiátrica y que ascienden a **\$1.771.482**, así como ordenó la entrega de la factura No. 6131379 y pagaré LT000000006169, 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 la apoderada recurrente.

Sea del caso resaltar, no es de recibo que la EPS argumente que la afiliación del actor se dio a partir del 30 de marzo de 2021 y a su vez haya tramitado y otorgado autorización entre el 8 al 12 de marzo de 2021 únicamente, debiendo brindar una protección integral al afiliado.

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

**COSTAS** en esta instancia a cargo de la parte demandada **EPS COMPENSAR**.

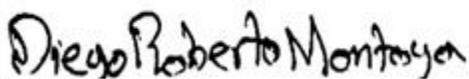
En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.**, Sala Laboral, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

## **RESUELVE**

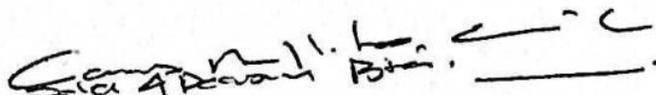
**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia apelada, conforme a la parte motiva.

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

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,



**DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN**

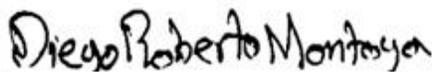


**CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR**



**GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA**

**AGENCIAS EN DERECHO:** Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de \$1.160.000, la cual deberá ser incluida en la liquidación de costas, al tenor de lo consagrado en el artículo 366 del C.G.P.



**DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN**

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

**MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN.**

**PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR JOSÉ HUMBERTO ORJUELA MORENO CONTRA MEDIMÁS EPS EN LIQUIDACIÓN Y COMO VINCULADAS FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ Y CLINICA BARRAQUER (RAD 00 2023 00957 02).**

En Bogotá D.C., a los diecinueve (19) días del mes de septiembre de dos mil veintitrés (2023), estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano la siguiente,

**S E N T E N C I A**

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por la apoderada de la EPS MEDIMÁS EN LIQUIDACIÓN, contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 13 de abril de 2023 - S2023-000450 (*Exp. Digital: Carpeta 8, Archivo 1 expediente digital*) en la que se resolvió:

<b>PRIMERO.-</b>	<b>RECONOCER PERSONERÍA</b> para actuar dentro del presente proceso al doctor Christian David Valbuena Jiménez, identificado con cédula de ciudadanía número 1.032.427.852 y tarjeta profesional número 354.431 del Consejo Superior de la Judicatura, en calidad de apoderado judicial de Medimás EPS, conforme al poder otorgado.
<b>SEGUNDO.-</b>	<b>ACCEDER PARCIALMENTE</b> a la pretensión formulada por el señor José Humberto Orjuela Moreno en contra de Medimás EPS, en liquidación, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.
<b>TERCERO.-</b>	<b>ORDENAR</b> , a Medimás EPS, en liquidación, reconocer y pagar al señor José Humberto Orjuela Moreno la suma de cincuenta y nueve millones veinticinco mil cuatrocientos veintinueve pesos (\$59.025.429,00), teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 9.1.3.5.10 del Decreto 2555 de 2010, que consigna las reglas para el pago de obligaciones litigiosas originadas durante el proceso liquidatario.

CUARTO.-	Sin condena en costas.
QUINTO.-	<b>APELACIÓN.</b> La presente sentencia puede ser objeto del recurso de apelación para que de ella conozca, en segunda instancia, el Tribunal Superior del Distrito Judicial, Sala Laboral, del domicilio del apelante, el cual deberá interponerse ante este despacho, dentro del término de tres (3) días, contados a partir del día siguiente a la notificación de la sentencia, de conformidad con lo dispuesto en el parágrafo 1º del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6º de la Ley 1949 de 2019.
SEXTO. -	<b>NOTIFICAR</b> la presente sentencia al email del Agente Liquidador de Medimas, EPS en liquidación, doctor Faruk Urrutia Jalilie, en cumplimiento de lo establecido en el artículo quinto de la resolución 20223200000000864-6 del 8 de marzo de 2022.

Inconforme con la decisión, la apoderada de la **EPS MEDIMÁS EN LIQUIDACIÓN**, presentó recurso de apelación aduciendo, en síntesis, que como resultado de la auditoría realizada en el sistema interno de la entidad, con las implicaciones propias que conlleva un proceso liquidatario frente a las deficiencias de archivo e información, se evidenció que el usuario José Humberto Orjuela Moreno, identificado con cédula de ciudadanía No. 4.285.353 **no radicó ante la EPS soportes del procedimiento en mención, tales como: historia clínica, orden y formulación de procedimiento y medicamentos.**

Ante la evidencia disponible en este caso, precisó, el usuario, en su deber de velar por su salud, y de cumplir con las indicaciones médicas, debió solicitar la autorización de los servicios médicos requeridos. No obstante, no existe evidencia de las acciones realizadas por el paciente, toda vez que no se cuenta con registro de solicitud de autorizaciones para Oftalmología o Neurocirugía ni los exámenes realizados.

Aunado a ello, adujo, la EPS tenía contrato vigente con varias IPS donde se prestan servicios de valoración especializada por Oftalmología y Neurocirugía. No obstante, no se documentan atenciones del afiliado, inclusive en el nivel primario de medicina general, cuya disponibilidad y accesibilidad es permanente, permitiéndonos concluir ello, que el usuario no inició el proceso de atención que lo llevaría a recibir la atención por especialidad de su patología, y que contrario a ello, acudió a los servicios médicos de manera particular.

Esgrimió, Medimás EPS hoy en liquidación autorizó de acuerdo con lo ordenado por los médicos tratantes, y lo radicado ante la EPS por el usuario o familiares, los servicios requeridos. Sin embargo, no se radicó solicitud de autorización ante la EPS para el servicio objeto del proceso jurisdiccional que nos ocupa, y contrario a ello, el usuario de forma voluntaria decidió no asistir a la red prestadora que en su momento hacía parte de Medimás EPS hoy en liquidación, y tomar el servicio de

manera particular. En este punto, expuso, antes de acudir a realizar pagos de forma particular para posteriormente realizar solicitud de reembolso, el usuario debía realizar solicitud previa en los canales de atención al usuario para verificar que IPS de la red contratada le pudiera brindar el servicio bajo prescripción médica, y de esta forma evitar incurrir en gastos por servicios que la EPS tenía contratados y a su disposición.

En su sentir, Medimás EPS hoy en liquidación generó y tramitó las autorizaciones de las solicitudes debidamente radicadas por el usuario, propendiendo por el respeto de los derechos de los afiliados y la correcta prestación del servicio, como se evidencia en el detalle de facturación que se relaciona a continuación:

medimás DETALLE FACTURACION POR																					
Detalle Afiliado																					
Numero	428535	Genero	Otro	Edad	65	Grupo Etareo	De 65 a 69 años														
Radica do	Pre fijo Fas	Numero Factura	Fecha Radicaci ón	Estado Afiliaci ón	Razón Afiliaci ón	Fecha Factura	Pago Factura	Tipo red	NRIPS	Nombre IPS/Afiliaci ón	Codigo Heon Servicio	Descripcion Heon Servicio	Descripcion Servicio	Fecha Prestaci ón	Nro Autoriza ción	L-9319 o DXCIE	Descripci ón DXCIE	Ca nti dad	Ylt Producto	Total Produc to	
7387849		2949760	09/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800231	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	2588	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	10/17/2018	0	Z000	Examen medico general	1	\$51.300	\$51.300	
15E-07		3238482	19/04/2020	Vigentes	Al día - empleador pago al día	09/03/2020	Con Pago	Red	991800231	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	2335	UROLOGIA CONSULTA	UROLOGIA CONSULTA	3/9/2020	214724263	H40X	Hiperplasia de la prostata	1	\$50.600	\$50.600	
7460237		573843	20/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800857	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BAUDILIO ACERO	270169	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD BAJA SOD	10/17/2018	0	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1	\$50.065	\$50.065	
7387849		2949760	09/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800231	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	11383	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	10/17/2018	0	Z000	Examen medico general	1	\$49.700	\$49.700	
7284357		2950508	09/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	18/10/2018	Con Pago	Red	991800231	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	2203	Interconsulta medica especializada ambulatori	Interconsulta medica especializada ambulatori	10/19/2018	0	S051	Contusion del globo ocular y del tejido orbitario	1	\$49.700	\$49.700	
7460237		573843	20/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800857	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BAUDILIO ACERO	273186	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	10/17/2018	0	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1	\$43.605	\$43.605	
14E-07 C		33097	09/03/2020	Vigentes	Al día - empleador pago al día	28/02/2020	Con Pago	Red	900999931	CENTRO DE DIAGNOSTICO MEDICO DE BOYACA S.A.S	2089	ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA	ULTRASONOGRAFIA DE VIAS URINARIAS (RIÑONES, VEJIGA Y PROSTATA	2/29/2020	214724263	Z000	Examen medico general	1	\$34.719	\$34.719	
7460237		573843	20/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800857	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BAUDILIO ACERO	169828	TECNICA DE INY. HIDROCORTISONA 0.5 g CREMA TOPICA	HIDROCORTISONA 0.5 g CREMA TOPICA	10/17/2018	0	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	2	\$11.000	\$22.000	
7460237		573843	20/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800857	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BAUDILIO ACERO	14980	EQUIPO DE MACROGOTEO VENOCULSIS (UNID) [UNIDAD]	EQUIPO DE MACROGOTEO VENOCULSIS (UNID) [UNIDAD]	10/17/2018	0	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1	\$3.870	\$3.870	
7460237		573843	20/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800857	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BAUDILIO ACERO	263842	SODIO CLORURO (SSN 0.9%) SOL INY. BOLSA x100ml (BLS)	SODIO CLORURO (SSN 0.9%) SOL INY. BOLSA x100ml (BLS)	10/17/2018	0	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1	\$3.580	\$3.580	
7460237		573843	20/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800857	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BAUDILIO ACERO	15098	CATETER INTRAVENOSO 18G x 1 1/4 in (UNID) [UNIDAD]	CATETER INTRAVENOSO 18G x 1 1/4 in (UNID) [UNIDAD]	10/17/2018	0	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1	\$2.120	\$2.120	
7460237		573843	20/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800857	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BAUDILIO ACERO	17788	METOCLOPRAMIDA CLOPHDRATO x2.32mg/ml FCO. x5ml (FCO) [FRASCO] [AP]	METOCLOPRAMIDA CLOPHDRATO x2.32mg/ml FCO. x5ml (FCO) [FRASCO] [AP]	10/17/2018	0	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	1	\$1.500	\$1.500	
7387849		2949760	09/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800231	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	168025	DICLOFENACO 75MG/3ML AMP	DICLOFENACO 75MG/3ML AMP	10/17/2018	0	Z000	Examen medico general	1	\$400	\$400	
7460237		573843	20/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800857	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL BAUDILIO ACERO	87435	JERINGA 10ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UNID) [UNIDAD]	JERINGA 10ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UNID) [UNIDAD]	10/17/2018	0	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	2	\$330	\$660	
7387849		2949760	09/11/2018	Vigentes	Al día - empleador pago al día	17/10/2018	Con Pago	Red	991800231	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL	14733	JERINGA 5ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UNID) [UNIDAD]	JERINGA 5ml - 21G x 1 1/2 EMPATE ROSCA (UNID) [UNIDAD]	10/17/2018	0	Z000	Examen medico general	1	\$200	\$200	
TOTAL																			17	\$352.689	\$354.019

Pese a lo esbozado, resaltó un incumplimiento de las obligaciones del usuario tras no solicitarse las autorizaciones de servicios requeridas para la garantía del servicio médico del particular, conforme a lo establecido en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, artículo 10.

Sobre este punto, narró, el usuario contaba con deberes de conformidad con la ley en cita, y para el caso particular, tenía el demandante la obligación de suministrar de manera voluntaria, oportuna y suficiente la información requerida para efectos de recibir el servicio a conformidad, lo que no ocurrió, pues no se solicitó autorización previa ante la EPS; y esto a su vez conlleva a que tampoco exista evidencia de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones del usuario.

En lo que respecta a la solicitud de reembolso, enfatizó en que no se evidencia radicación formal para solicitud de reembolso por servicios médicos adquiridos de forma particular para el usuario José Humberto Orjuela Moreno, pese a que, para la radicación de estas solicitudes, la EPS disponía del correo electrónico: [solicitudesreembolsosmedimaseps@medimas.com.co](mailto:solicitudesreembolsosmedimaseps@medimas.com.co).

Conforme a todo lo anterior, considera no ser procedente el reembolso solicitado pues, la no realización del procedimiento quirúrgico del demandante, no obedeció al capricho o actitud de negativa, renuente u omisiva o de mala fe por parte la EPS, sino, a que el señor JOSÉ HUMBERTO ORJUELA MORENO lo quiso así y decidió por su cuenta acudir a la CLINICA SANTA FÉ DE BOGOTÁ.

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, constituyó el anhelo del demandante **JOSÉ HUMBERTO ORJUELA MORENO**, se ordene (páginas 4 y 5, archivo 1):

1°.- Comedidamente me permito solicitar, se sirva ordenar a la E.P.S MEDIMAS o a quien corresponda, se efectuó el reembolso de la TOTALIDAD de los gastos ocasionados a mi poderdante de la atención médica prequirúrgica, cirugía y posquirúrgica, que le fue practicada en la FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA y CLINICA BARRAQUER y otros, teniendo en cuenta que a pesar de los reiterados intentos para que se prestara atención médica por parte de esa entidad de salud E.P.S MEDIMAS, no fue posible que en forma pronta y oportuna se le asignara una cita para consulta con especialista por Neurología y se le practicaran exámenes, tratamientos, cirugía, atención en hospitalización etc.

2°.- Se ordene el reconocimiento y pago de los intereses moratorios de los dineros a reintegrar por la E.P.S. MEDIMAS, causados desde la fecha en que mi poderdante tuvo que pagarlos por sus tratamientos médicos aludidos en este escrito.

3°.- Se ordene a la E.P.S. MEDIMAS que en adelante, en forma prioritaria, le brinde la atención médica requerida para la recuperación de la salud visual de mi mandante, toda vez que aún no se le ha terminado su tratamiento y todavía requiere de cirugías.

4°.- Sancionar por la negligencia a la E.P.S. MEDIMAS, en los términos establecidos por la ley, para este tipo de casos.

5°.- Sancionar a las personas naturales que por su negligencia y cecidia no permitieron la atención requerida en forma urgente a mi mandante. En caso que esa entidad no sea la competente para adelantar y sancionar a estas personas, ruego se remita la solicitud de investigación a la entidad competente para tal fin.

6°.- De ser negativas mis peticiones, ruego se me indiquen las razones de índole Constitucional y Legal en que se soporta dicha decisión.

Como sustento fáctico de las pretensiones, el actor invocó los siguientes hechos (Páginas 3 a 4, ibidem):

1. Mi poderdante señor **JOSE HUMBERTO ORJUELA MORENO** a través del tiempo, y como es bien sabido por la E.P.S MEDIMAS, ha venido perdiendo capacidad visual, tal como se reporto en el año 2012, a la EPS a la cual se encuentra afiliado. (Obra a folios del 13 al 16).
2. En octubre del año 2018, mi poderdante recibió un golpe en el ojo derecho, donde acudió por urgencias al Hospital San Rafael de Tunja y el oftalmólogo lo remitió a consulta por neurología. En consulta de seguimiento el Neurólogo le manifestó a mi poderdante que ese no era un caso para tratamiento por neurología. (Anexo 2 en dos (Obra a folios del 17 al 20).
3. En razón a que mi poderdante no obtuvo solución en cuanto al tratamiento y cirugía que requería por ninguna de las dos especialidades, mi poderdante se vio en la obligación a acudir de forma particular desde el año 2019, a la clínica Barraquer en Bogotá a que se le practicaran los diferentes exámenes y tratamientos.
4. Mi poderdante fue valorado en la clínica Barraquer de Bogotá por el oftalmólogo, quien lo remitió al Neurocirujano, y este a su vez le ordena una resonancia magnética. (Obra a folio 21).
5. En septiembre de 2020, se le practico a mi poderdante la resonancia anteriormente mencionada, donde se dictamina una masa a nivel de la región selar. (Obra a folio 22).
6. Al presentarle al Neurocirujano la resonancia antes mencionada, dicho profesional manifestó la necesidad de practicar una cirugía en forma URGENTE para extirpar el tumor, pues al no hacerlo, este podría ocasionar la perdida total de la visión de mi poderdante, adicional a los riesgos que esto ocasionaría.
7. En vista de la situación, mi poderdante acudió a la EPS MEDIMAS, donde en cita medica se le expide una orden prioritaria por neurocirugía, con la IPS Mediserrano. (Obra a folio 23).
8. En el mes de noviembre de 2020, en repetidas ocasiones mi poderdante llamo para programar la cita por neurocirugía, y adicionalmente a través del Chat de citas que aparecía en la orden que le habían dado, sin obtener respuesta alguna, habiéndose manifestado la urgencia del caso. (Obra a folios del 24 al 26).
9. Al no encontrar mi poderdante una solución y en vista de que su visión cada vez estaba mas deteriorada, hecho que afectaba sus quehaceres diarios, ya que no podía desplazarse solo, debiendo necesitar de un acompañante, se vio en la necesidad de acudir a un cirujano particular, para que le practicaran la cirugía ya mencionada, lo cual le lo llevó a recurrir a créditos para solventar el dinero necesario para cubrir los gastos de dicho procedimiento.
10. Por lo anterior mi poderdante con el fin de asegurar su integridad y la de su esposa, quien depende directamente de él, sin perdida de tiempo se somete a la cirugía, la cual tuvo un resultado satisfactorio, que le permitió a mi poderdante recuperar su visión en gran porcentaje.
11. Los procedimientos médicos aludidos, practicados a mi poderdante se efectuaron por gastos aproximados que ascendieron a más de setenta millones de pesos (\$70'000.000,00) M/Cte. (Obra a folios del 27 al 53).
12. Con el fin de continuar el tratamiento y recuperación de la visión de mi poderdante, se le ordeno, por parte de oftalmólogo particular, consulta con estrabólogo. (Obra a folio 54).
13. Practicada la consulta de estrabología, mi poderdante recibe orden de campimetría para programar cirugía de los ojos, la cual mi poderdante requiere para recuperar totalmente la visión y con esto le permita continuar desempeñándose de manera autónoma y a su vez poder velar por el bienestar de su conyugue quien depende directamente de él. (Obra a folio 55).

14. Mi poderdante desde hace mucho tiempo ha sido cotizante de la EPS MEDIMAS y es muy poco o nada el servicio que se le ha prestado aunque los aportes para dicha entidad si han sido cancelados o descontados en forma oportuna y periódica. (Obra a folio 56).

15. El señor **JOSE HUMBERTO ORJUELA MORENO** radica derecho de petición el día 7 de julio de 2021 a la E.P.S. MEDIMAS, mediante el cual solicita se proceda a ordenar el reembolso de los gastos ocasionados por los exámenes pre quirúrgicos, los honorario de los profesionales que intervinieron en la cirugía y los demás gastos hospitalarios que se cancelaron con recursos propios por la estadía en la clínica, de acuerdo a los valores que figuran en los comprobantes que para el efecto adjunto. (Obra a folios del 57 al 62).

16. La E.P.S.MEDIMAS a la fecha de radicación del presente escrito no ha hecho el reembolso de los dineros solicitados, respondiendo con evasivas.

17. Frente a la inobservancia de lo solicitado se procede a acudir a la SUPERSALUD en cumplimiento de la normatividad vigente, como se sustenta mas adelante.

La demanda se admitió mediante proveído del 24 de febrero de 2022 (Exp. Digital: «2. AUTO ADMITE 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 FUNDACIÓN SANTA FÉ DE BOGOTÁ y CLINICA BARRAQUER - OFTALMOS S.A-, con el fin de que informaran y aportaran lo siguiente:

✓ Si el señor José Humberto Orjuela Moreno, identificado con cedula de ciudadanía No.4.285.353, fue atendido como paciente particular, por el servicio de urgencias, por el servicio de consulta externa, o remitido por su entidad aseguradora.

- ✓ Si realizó el 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 atendida.
- ✓ Si hace parte de la red de prestadores de MEDIMAS EPS, de ser así desde qué fecha.
- ✓ Si el señor José Humberto Orjuela Moreno, o alguno de sus familiares, informó su afiliación a MEDIMAS EPS.
- ✓ Si informó a MEDIMAS EPS, el ingreso del señor José Humberto Orjuela Moreno.
- ✓ En caso de urgencia, si realizó el proceso de referencia y contra referencia del paciente.
- ✓ Copia de la factura y/o certifique el pago con ocasión a los servicios de salud prestados y requeridos por el usuario.
- ✓ Copia de la historia clínica del señor José Humberto Orjuela Moreno, identificado con cedula de ciudadanía No.4.285.353.

Surtido el trámite procesal correspondiente, la EPS MEDIMÁS contestó (Exp. Digital: Carpeta 04, Archivo 05), 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 Medimás EPS hoy en liquidación autorizó de acuerdo con lo ordenado por los médicos tratantes y a lo radicado ante la EPS por el usuario o familiares; siendo diáfano afirmar que no es deber de esta entidad promotora de salud coaccionar a sus

afiliados, para que cumplan obligaciones que solo les corresponden a estos. Los registros de servicios autorizados son en el periodo de 2018 a la fecha, por lo cual no hubo negación garantizado como asegurador la autorización y el prestador de los servicios de salud requeridos.

Por su parte, la CLINICA BARRAQUER -OFTALMOS S.A.- (*Exp. Digital: Archivo 0306, carpeta 06*), en su respuesta expresó que el señor José Humberto Orjuela Moreno, asistió al servicio de Consulta Externa de Oftalmología de la institución, bajo la modalidad particular, por lo que no se realizó la verificación de derechos. Aclaró, Oftalmos S.A. Clínica Barraquer, es una institución privada que no hace parte de a la red de prestadores de las entidades promotoras de salud (EPS) y cuenta con habilitación del servicio de consulta prioritaria y no de urgencias. Adicionalmente, el paciente en mención, asistió por el servicio de Consulta Externa.

Finalmente, la FUNDACIÓN SANTA FÉ DE BOGOTÁ en su respuesta (*Exp. Digital: Carpeta 5, Archivo 02*) manifestó, el señor José Humberto Orjuela ingresó el pasado 10 de diciembre de 2020, de forma particular para una resección trasfenoidal de tumor de Hipófisis de manera programada con el Dr. Fernando Hakim, el paciente previamente solicitó presupuesto del procedimiento el cual se generó bajo el No 6684 por valor de \$31.680.507, al momento del ingreso del paciente se realizó proceso de verificación de derechos del usuario, identificándose que el paciente estaba activo en la EPS Medimás pero al tratarse de un procedimiento programado se continuó con el proceso de admisión de manera particular.

Agregó, el paciente ingresó de forma particular con presupuesto por tanto no se informa a su asegurador, aunado, de acuerdo con la información brindada por el área de convenios entre la institución y MEDIMAS EPS no existe convenio, por tanto, la Fundación Santa Fe de Bogotá no hace parte de su red de prestadores. Igualmente, según información brindada por la Oficina de facturación y cartera, una vez se revisó del caso se identificó que el paciente José Humberto Orjuela Moreno, ingresó como particular a hospitalización de 10 de diciembre de 2020 a 12 de diciembre de 2020 como pago directo programado para **RESECCIÓN DE TUMOR O LESIÓN DE LA BASE DEL CRÁNEO FOSA MEDIA VÍA TRANSESFENOIDAL**, relacionando las siguientes actuaciones:

- a) 3/12/2020 canceló de forma particular \$800.898 correspondientes a una resonancia de cerebro con la factura FS6139982.

- b) 7/12/2020 canceló de forma particular \$280.000 correspondiente a una PCR con la factura FS6143938.
- c) 12/12/2020 canceló de forma particular \$34.025.429 por la realización de cirugía y hospitalización entre el 10/12 a 12/10 del año en relación, usuario que ingreso con presupuesto.
- d) 12/12/2020 canceló de forma particular \$336.596 por un medicamento en la factura fs6139981.
- e) Se verifica sin encontrar adicionales o servicios prestados en el año anterior a través del servicio de urgencias.

Mediante sentencia S2020-001229 del 7 de julio del 2020 la Superintendencia Nacional de Salud, accedió parcialmente a la pretensión incoada por el demandante ordenando el pago de **\$59.025.429. Lo anterior tras considerar el a quo**, MEDIMÁS EPS no actuó con la suficiente diligencia al dejar de aplicar un tratamiento oportuno, continuo eficaz en la atención de salud requerida por el actor en la asignación de la cita por la especialidad de Neurocirugía, debidamente autorizada por la red de prestadores el 17 de noviembre de 2020 con el No. 357796647 en la que anotaron como observación: “*por favor prioritario macroadenoma hipofisario no comprensivo sobre las vías visuales*”, diagnostico principal D443, tumor de comportamiento incierto o desconocido de la glándula hipófisis y como diagnóstico secundario, H520 hipermetropía, H522 astigmatismo, H524 presbicia, S023 fractura del suelo de la órbita. Evidenció igualmente, el demandante consultó el 08 de diciembre de 2020 con el Doctor Hakin Daccach, quien registró como diagnósticos D443, tumor comportamiento incierto o desconocido de la glándula hipófisis y ordenó el procedimiento quirúrgico de escisión total de hipófisis vía transesfenoidal sod “cierre de perforación septal”, esfenoidectomía vía transanal endoscópica. Además, el actor ingresó el día 10 de diciembre de 2020 para la realización de dicho procedimiento, siendo palpable que el mismo diagnóstico lo habían registrado en la autorización expedida por la red de prestaciones de Medimás EPS, así como el 17 de noviembre de 2020 se dio la consulta oportuna por Neurocirugía, sin embargo, no fue oportuna la atención por parte de la EPS.

Frente a la no realización de los trámites del demandante ante la EPS, concluyó, la red de prestadores de la EPS atendió al demandante, expidiendo autorización para consulta de primera vez por Neurocirugía y en dicha autorización quedó registrado que se requería con carácter prioritario, teniendo conocimiento la EPS de dicha situación. Adicionalmente, estimó que la EPS desconoció la condición de adulto mayor del paciente.

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 el señor JOSÉ HUMBERTO ORJUELA MORENO, estaba afiliado a la EPS MEDIMÁS EN LIQUIDACIÓN para la época de los hechos, situación que fue así determinada por la juez de primer grado, no discutida en esta instancia.

Tampoco se discute que el señor JOSÉ HUMBERTO ORJUELA MORENO, asumió directamente el pago del procedimiento médico en cuantía total de (\$70.000.000), aspecto que por demás se corrobora con las facturas por este aportadas junto con el escrito de la demanda. **Advirtiéndose**, el juzgador de primer grado condenó al pago de \$59.025.429 por los servicios prestados el 12 de diciembre de 2020, soportando en la factura FS6151203 y la cuenta de cobro de honorarios médicos del 10 de diciembre de 2020.

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»<sup>1</sup> (Negrilla y subrayas de la Sala).

Precisado lo anterior, teniendo en cuenta las consideraciones expuestas por el fallador 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:

---

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

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

Todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios que requieran, es decir, aquellos indispensables para conservar la salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o la dignidad. En ese sentido, las empresas prestadoras de salud (del régimen contributivo y subsidiado), están en el deber de garantizar dicha prerrogativa sin importar si los servicios requeridos se encuentran o no en un plan de salud, o de si la entidad responsable tiene o no los mecanismos para prestar ella misma el servicio requerido.

Por consiguiente, “si una persona requiere un servicio de salud, y el Sistema no cuenta con un medio para lograr dar trámite a esta solicitud, por cualquiera de las razones 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, según las pruebas aportadas con la demanda, al accionante el 12 de diciembre de 2020 le fue realizado un procedimiento de insumos anatomía patológica que comprende derechos de equipos, enfermera,

imagenología, laboratorio clínico y medicamentos (página 56, archivo 01), misma factura que fue aportada por la vinculada FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ en la carpeta 05, anexos, facturas.

En el mismo sentido, obra cuenta de cobro del especialista Doctor Fernando Hakin Daccach por concepto de honorarios por la intervención quirúrgica realizada consistente en la resección transfenoidal tumor de hipófisis esfenoidectomía septoplastia (página 33, archivo 01), por lo que se corroborara que el demandante incurrió en dichos gastos al practicarse la cirugía. Este procedimiento se asimila con la orden otorgada por la IPS adscrita a la EPS – HOSPITAL SAN RAFAEL- el 17 de octubre de 2018, por medio de la cual se ordenó la valoración por neurocirugía (página 19 a 21, archivo 01), específicamente el profesional de la salud ordenó:

Firmado por: JUAN BAQUERO GOMEZ, OFTALMOLOGIA, Registro 13784, CC 19341600

ORDENES MÉDICAS

interna/hospitalización - INTERCONSULTA - 17/10/2018 18:57  
890474 INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA  
VISION DOBLE POSTERIOR A TRAUMA EN REGION DE OJO DERECHO CON UN CODAZO. PARESIA  
MUSCULO RECTO LATERAL DE OJO DERECHO POSTRAUMA  
VALORACION

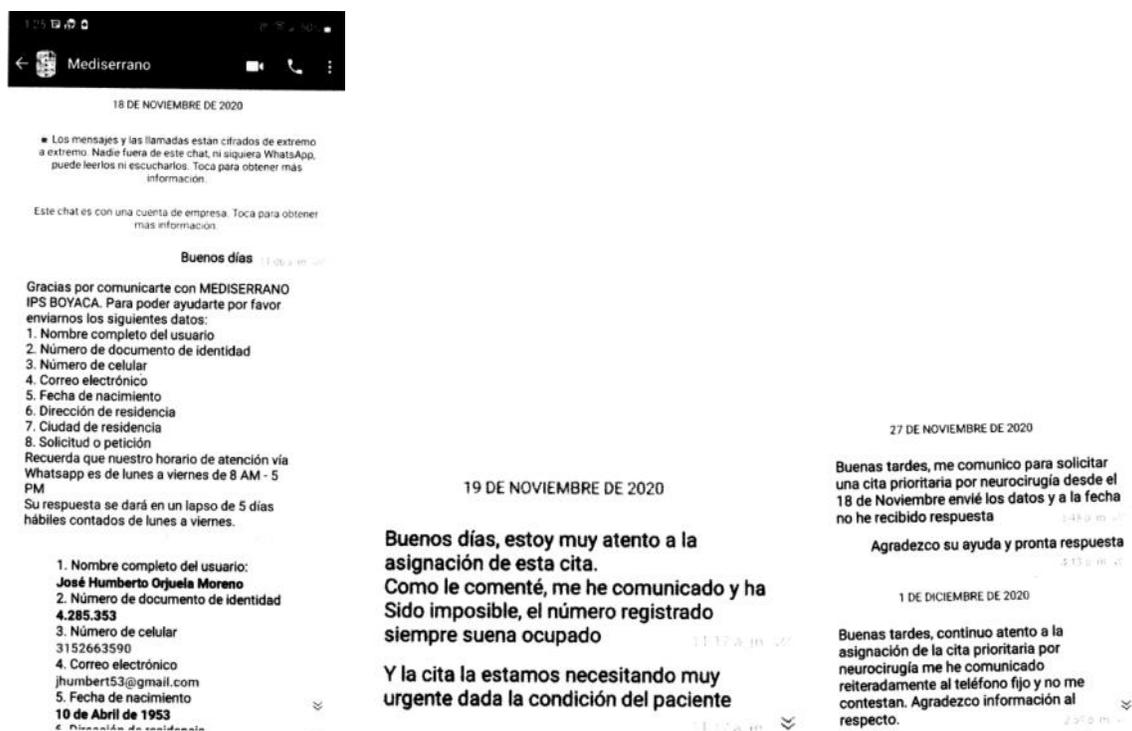
La orden otorgada fue debidamente autorizada por la EPS MEDIMÁS EN LIQUIDACIÓN por medio de la autorización No. 35796647 del 17 de noviembre de 2020, anotándose como observación **“POR FAVOR PRIORITARIO, MACRIADENOMA HIPOFISIARIO NO COMPRENSIVO SOBRE LAS VIAS VISUALES”** (página 24, *ibidem*).

Obtenida esta autorización, se observa que el actor a través del chat de la IPS MEDISERRANO- en fechas 18, 19 y 27 de noviembre de 2020 y 1º de diciembre de 2020<sup>2</sup> solicitó la asignación de la cita prioritaria; trámite que no fue satisfactorio

---

<sup>2</sup> Chats vía WhatsApp.

al no observarse respuesta por parte de la IPS en cita, lo que significa que el demandante previo a acudir a la IPS particular FUNDACIÓN SANTA FÉ DE BOGOTÁ se dirigió de manera directa a la EPS realizando los trámites como lo son: I) Acudir ante un especialista para la expedición de la orden, ii) Autorizar el servicio con un especialista en Neurocirugía y, iii) tratar de obtener una cita en la IPS asignada por la EPS MEDIMÁS, cumpliendo entonces, con la carga que el sistema de salud impone a los afiliados. **Advirtiéndose** en este punto, el actor allegó los pantallazos vía WhatsApp, los cuales se valoraron como pruebas documentales adicionales en aplicación a lo establecido en el artículo 246 del C.G.P., por medio del cual se regula el valor probatorio de las copias<sup>3</sup>, medio probatorio que además no fue tachado por la EPS recurrente. Por lo anterior, las conversaciones o mensaje de datos se incorporaron a título de pruebas documentales, sin que se atentara el contenido de la Ley 527 de 1999, la cual regula lo atinente al uso de los mensajes de datos, del comercio electrónico y de las firmas digitales, y establece las entidades de certificación.



<sup>3</sup> “Las copias tendrán el mismo valor probatorio del original, salvo cuando por disposición legal sea necesaria la presentación del original o de una determinada copia.

*Sin perjuicio de la presunción de autenticidad, la parte contra quien se aduzca copia de un documento podrá solicitar su cotejo con el original, o a falta de este con una copia expedida con anterioridad a aquella. El cotejo se efectuará mediante exhibición dentro de la audiencia correspondiente.”.*

*“Serán valorados como mensajes de datos los documentos que hayan sido aportados en el mismo formato en que fueron generados, enviados, o recibidos, o en algún otro formato que lo reproduzca con exactitud.*

*La simple impresión en papel de un mensaje de datos será valorada de conformidad con las reglas generales de los documentos.”.*

Razones por las cuales, es claro entonces que la EPS MEDIMÁS al ser la encargada de contratar la IPS que dispusiera de un especialista en Neurocirugía no actuó con la suficiente diligencia al no brindar efectivamente el acceso del paciente a los procedimientos requeridos para el tratamiento de su patología, mucho más cuando se trata de una orden que requería urgencia al tratarse de un tumor, pese a que se trataba de una asistencia médica que compromería la visión del actor, 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, la sola expedición de la autorización, que lo fue en fecha 17 de noviembre de 2020, no garantiza la efectividad del derecho a la salud, en tanto y en cuanto, este sólo se materializa con el acceso oportuno a la atención requerida, más aún, cuando se trataba de un paciente con antecedente de enfermedades catastróficas (Diagnostico D443)<sup>4</sup>.

Es claro entonces, que el afiliado debió asumir gastos del tratamiento ordenado por el profesional de la salud, como consecuencia del actuar descuidado y negligente de la IPS contratada por la EPS MEDIMÁS, quien se itera, si bien autorizó la consulta con el especialista, la IPS nunca otorgó la cita con el Neurocirujano; por lo que estos yerros no se le pueden cargar a los afiliados en beneficio de quien omitió sus deberes como aseguradora, entre los cuales se encuentra prestar un servicio de salud oportuno, eficiente, eficaz y de calidad; debiendo responder por toda falla o falta que se genere en la prestación del mismo.

En esa dirección, debe señalarse a juicio de esta Sala, resulta más que comprensible que ante los padecimientos de salud del accionante, cuya afectación resultó notoria, el afiliado decidiera acudir a un médico especialista en el tema como usuario particular, en aras de restablecer su estado de su salud, y en ese orden, dado que tal circunstancia derivó de la falta de oportunidad y eficiencia en el servicio prestado por la demandada, no es de recibo, que pretenda ahora, evadir las consecuencias de su omisión, pues para esta Sala la decisión del señor JOSÉ HUMBERTO ORJUELA MORENO de acudir a un médico no adscrito a la IPS contratada por la EPS, resulta más que justificada, en consideración al concepto dado por dicho profesional de la salud, ello de conformidad con lo

---

<sup>4</sup> *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. - CIE 10-códigos y descripción a tres y cuatro dígitos. -OMS-.*

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 procedimientos médicos encaminados al efectivo diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, pues de no hacerse de manera oportuna y efectiva, podía derivar en afectaciones graves al estado de salud del usuario, incluso estaba en riesgo su propia vida.

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 necesaria para preservar su vida de una forma eficaz y oportuna, obligación que se encontraba en cabeza de la EPS MEDIMÁS a donde se encontraba afiliado para la época de los hechos, por razón por la cual, no hay lugar a acoger de manera favorable los argumentos expuestos por la apoderada recurrente. Se itera, contrario a lo expuesto por la EPS, el demandante sí efectuó los trámites pertinentes para acudir con el especialista en la IPS asignada y no le fue asignada la cita.

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 **EPS MEDIMÁS EN LIQUIDACIÓN**.

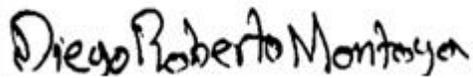
En mérito de lo expuesto el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.**, Sala Laboral, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

#### **RESUELVE**

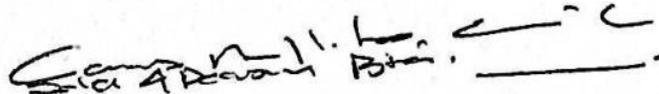
**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia apelada, conforme a la parte motiva.

**SEGUNDO: COSTAS** en esta instancia a cargo de la demandada **EPS MEDIMÁS EN LIQUIDACIÓN.**

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,



**DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN**

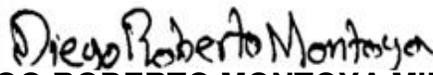


**CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR**



**GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA**

**AGENCIAS EN DERECHO:** Se fija como valor por concepto de agencias en derecho la suma de \$250.000, la cual deberá ser incluida en la liquidación de costas, al tenor de lo consagrado en el artículo 366 del C.G.P.



**DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN**

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

**MAGISTRADO PONENTE: DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLÁN**

**PROCESO SUMARIO PROMOVIDO POR ROSAURA MURILLO GOMEZ contra  
CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. (RAD 00 2023 00912 01).**

En Bogotá D.C., a los dieciocho (18) días del mes de septiembre de dos mil veintitrés (2023), estando la Sala de Decisión reunida se procede a dictar de plano la siguiente,

**S E N T E N C I A**

Asume la Sala el conocimiento del presente proceso, con ocasión del recurso de apelación interpuesto por la apoderada de la demandada **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**, contra la sentencia proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, el pasado 18 de julio del 2023, S2023-000786 (Exp. Digital: «4.SENTENCIA.pdf») en la que se resolvió:

**PRIMERO: RECONOCER** personería jurídica a la doctora **LISA ESTEFANIA TIBOCHA SABOGAL**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1026270297, portadora de la tarjeta profesional No. 364.723 del Consejo Superior de la Judicatura; en calidad de apoderada de **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**

**SEGUNDO: ACCEDER** a las pretensiones de la señora **ROSAURA MURILLO GOMEZ**, en los términos expuestos en la presente decisión.

**ORDENAR** que una vez notificado de la sentencia **CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**, proceda a:

- *En un término no mayor a cuarenta y ocho (48) horas, garantice a la señora **ROSAURA MURILLO GOMEZ** la autorización para valoración del especialista en neurocirugía endovascular, ordenado por el servicio de neurocirugía en los meses de febrero y julio de 2023.*
- *En un término no mayor a cuatro (4) días, garantice a la señora **ROSAURA MURILLO GOMEZ**, el acceso efectivo a la valoración del especialista en neurocirugía endovascular.*
- *En un término no mayor a seis (06) días, garantice a la señora **ROSAURA MURILLO GOMEZ**, las autorizaciones del plan de*

*manejo ordenado en la valoración del especialista en neurocirugía endovascular.*

- *En un término no mayor a quince (15) días, garantice a la señora **ROSAURA MURILLO GOMEZ** el acceso efectivo al procedimiento ordenado como resultado de la valoración del especialista en neurocirugía endovascular.*

**TERCERO: ADVERTIR** que la presente Sentencia puede ser impugnada para que de ella conozca, en segunda instancia, el **TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL - SALA LABORAL - CORRESPONDIENTE AL DOMICILIO DEL APELANTE**; **impugnación que deberá interponerse ante este Despacho**, dentro de los tres (3) días siguientes a su notificación, de conformidad con lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 modificado por el parágrafo primero del artículo 6 de la Ley 1949 de 2019.

**CUARTO: NOTIFICAR** la presente sentencia al **DEMANDANTE** a la dirección de correo electrónico [dianamarced@hotmail.es](mailto:dianamarced@hotmail.es) a la **DEMANDADA CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S.**, a la dirección de correo electrónico: [notificaciones@capitalsalud.gov.co](mailto:notificaciones@capitalsalud.gov.co).

Inconforme con la decisión, la apoderada de la demandada **CAPITAL SALUD EPS-S.A.S.**, presentó recurso de apelación aduciendo, en síntesis, que autorizó consulta por Neurocirugía Endovascular, en la Fundación Hospital Infantil Universitario San José y por lo anterior, la Señora Rosaura Murillo, fue valorada en el Hospital Infantil Universitario San José el pasado 04 de julio de 2023, por el profesional William Cortes Lozano, de la especialidad de Neurocirugía, en la cual se descarta manejo quirúrgico de la paciente, pues el profesional en Neurocirugía de acuerdo con resultado normal del examen neurológico, considera que la paciente Rosaura Murillo, no amerita manejo quirúrgico de manera urgente, por lo cual se remite a Neurointervencionismo para concepto.

De acuerdo con lo ordenado, se estableció comunicación telefónica el 24 de julio de 2023 con la señora Rosaura Murillo, quien indica y confirma que tiene las ordenes medicas mencionadas pero que aún no las ha gestionado con el área de autorizaciones, por lo cual se indica que debe acercarse al Punto de Atención al Usuario de Capital Salud EPS-S SAS, para proceder con el proceso respectivo a la autorización de los servicios ordenados.

Solicitando por ende se revoque la orden emitida a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S. ya que de acuerdo con el criterio médico profesional de neurocirugía la Señora Rosaura Murillo, no requiere de urgencia intervención quirúrgica, por lo cual seguirá en control y seguimiento. (Archivo 05 Recurso de Apelación).

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, constituyó el anhelo de la demandante **ROSAURA MURILLO GOMEZ** el siguiente (página 1, Archivo 01 DEMANDA):

#### PETICIÓN

Que la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, ORDENE la COBERTURA de los procedimientos Y/O actividades Y/O intervenciones, **incluidas en el plan de beneficios en salud PBS**), que fueron negadas por la Entidad Promotora de Servicios de Salud CAPITAL SALUD. solicitud de procedimiento quirúrgico para oclusión de aneurisma intracraneal por vía endovascular.

Como sustento fáctico de las pretensiones, la actora señaló que en el Hospital de Kennedy le dieron una orden para realizar una oclusión de aneurisma por vía endovascular ya que es un procedimiento de alto riesgo que no se puede realizar por cirugía abierta, señalando que ha ido varias veces a CAPITAL SALUD para que le autoricen el procedimiento y este no ha sido posible (página 1, Archivo 01 DEMANDA)

La demanda se admitió mediante proveído del 23 de junio del 2023 (Exp. Digital: «*Carpeta 02.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, con el fin de que:

*Informe de las gestiones administrativas adelantadas para garantizar la autorización, programación y ejecución del procedimiento “Oclusión de aneurisma*

*intracraneal por vía endovascular” (385112), ordenado por el servicio de Neurocirugía de la res Sur Occidente, atención a cargo del doctor Víctor Jesús Hernández Gómez, especialista en Neurología,*

Surtido el trámite procesal correspondiente, CAPITAL SALUD EPS – S contestó (*Exp. Digital: Carpeta 03*) señalando que, de acuerdo con el análisis y plan de manejo ordenado por el Profesional en Neurocirugía Víctor Jesús Hernández Gómez, se tiene que, la paciente, Rosaura Murillo Gómez, debe ser valorada por terapia neuroendovascular conforme fue ordenado, por lo que la demandada autorizó la consulta por Neurocirugía Endovascular en la FUNDACION HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO SAN JOSE.

Manifestando, conforme al Análisis y Plan de manejo ordenado por el Profesional en Neurocirugía Víctor Jesús Hernández Gómez, una vez sea valorada la paciente Rosaura Murillo Gómez, por la especialidad de Neurocirugía Endovascular, se procederá con las autorizaciones de los procedimientos que sean ordenados por el profesional.

Indicando, en ese orden de ideas se puede evidenciar que Capital Salud EPS SAS ha cumplido con sus obligaciones dentro de los parámetros que reglamentan la prestación de servicios de salud. Por lo cual, las pretensiones planteadas por la demandante no están llamadas a prosperar en este proceso y por ende solicita se declare la improcedencia de la demanda por Carencia Actual por Hecho Superado.

De tal manera, conforme los supuestos facticos señalados, y el acervo probatorio recaudado, la Juzgadora inicial resolvió acceder parcialmente a las pretensiones formuladas por la señora ROSAURA MURILLO GOMEZ, ordenando a CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S:

- En 48 horas garantizar la autorización para valoración del especialista en neurocirugía endovascular ordenado en los meses de febrero y julio del 2023.
- En 4 días garantizar el acceso efectivo a la valoración del especialista endovascular.
- En 6 días garantizar las autorizaciones del plan de manejo ordenado en la valoración del especialista en neurocirugía endovascular.

- En 15 días garantizar el acceso efectivo al procedimiento ordenado como resultado de la valoración del especialista en neurocirugía endovascular.

Lo anterior tras concluir, que la señora ROSAURA MURILLO GÓMEZ fue valorada por el doctor VÍCTOR JESÚS HERNÁNDEZ GÓMEZ, especialista en neurocirugía, quien determinó como plan de manejo previo al procedimiento, terapia neuroendovascular y posterior consulta de control o seguimiento por el especialista en neurocirugía; por lo que no era posible ordenar en este momento la cobertura del procedimiento “OCLUSIÓN DE ANEURISMA INTRACRANEAL POR VIA ENDOVASCULAR”, toda vez que es necesario realizarle valoraciones previas que determinen la viabilidad de continuar con ese plan de manejo, precisando si es obligación de ese Despacho ordenar la garantía del acceso a las tecnologías y/o servicios ordenados por el especialista, por lo que ordenó las valoraciones prescritas que determinen de manera clara el plan de manejo que requiere la demandante.

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 ROSAURA MURILLO GOMEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 41.534.212 se encuentra afiliada a CAPITAL SALUD EPS-S, situación que fue así determinada por la juez de primer grado, no discutida en esta instancia.

En este orden de ideas, el problema jurídico se circunscribe en determinar si es procedente ordenar a CAPITAL SALUD EPS-S:

- *En un término no mayor a cuarenta y ocho (48) horas, garantice a la señora **ROSAURA MURILLO GOMEZ** la autorización para valoración del especialista en neurocirugía endovascular, ordenado por el servicio de neurocirugía en los meses de febrero y julio de 2023.*
- *En un término no mayor a cuatro (4) días, garantice a la señora **ROSAURA MURILLO GOMEZ**, el acceso efectivo a la valoración del especialista en neurocirugía endovascular.*

- *En un término no mayor a seis (06) días, garantice a la señora **ROSAURA MURILLO GOMEZ**, las autorizaciones del plan de manejo ordenado en la valoración del especialista en neurocirugía endovascular.*
- *En un término no mayor a quince (15) días, garantice a la señora **ROSAURA MURILLO GOMEZ** el acceso efectivo al procedimiento ordenado como resultado de la valoración del especialista en neurocirugía endovascular.*

Así pues, para dirimir la controversia traída a los estrados, bueno resulta recordar compete a la Superintendencia Nacional de Salud, resolver sobre los conflictos derivados de la cobertura de servicios en salud o procedimientos incluidos en el plan de beneficios, de conformidad con lo previsto en el literal a) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, el cual consagra:

**«ARTÍCULO 41. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.** <Artículo modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> *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:*

*a) Cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (Plan Obligatorio de Salud), cuando su negativa por parte de las Entidades Promotoras de Salud o entidades que se les asimilen ponga en riesgo o amenace la salud del usuario, consultando la Constitución Política y las normas que regulen la materia.”*

Igualmente, pertinente es memorar, en sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional reconoció el derecho a la salud como un derecho autónomo fundamental que debe ser garantizado como una obligación a cargo del Estado consistente en suministrar el acceso y la prestación universal del servicio público de salud para todos los colombianos, de acuerdo con el artículo 49 de la Constitución Política, situación que fue ratificada en el artículo 2 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el cual se previó:

**“ARTÍCULO 2o. NATURALEZA Y CONTENIDO DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD.** *El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.*

*Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y*

*paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.”*

Descendiendo entonces al caso de autos se encuentra que a la demandante la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE mediante CONSULTA EXTERNA el 21 de febrero del 2023 indicó (Archivo 1.DEMANDA / 3 Copia de historia clínica y – prescripción del médico tratante):

ANÁLISIS Y PLAN DE MANEJO	
<b>ANÁLISIS</b>	
PACIENTE CON ANEURISMA CEREBRAL DESCRITO NO ROTO, NO CEFALEA, NO SIGNOS DE HIPERTENSION INTRACRANEAL, O FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA, VALORADA POR JUNTA DE NEUROCIRUGIA DONDE CONSIDERAN CANDIDATA A MANEJO NEUROQUIRÚRGICO, SIN EMBARGO, LA PACIENTE OPTA POR OPCIÓN ENDOVASCULAR POR LO QUE SE DA ORDEN DE VALORACIÓN POR TERAPIA NEUROENDOVASCULAR.	

Dándose orden a la paciente por el galeno VICTOR JESUS HERNANDEZ GOMEZ de (Archivo 1.DEMANDA / 4 Otros documentos):

1. CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA.
2. OCLUSIÓN DE ANEURISMA INTRACRANEAL POR VIA ENDOVASCULAR

LISTADO DE DIAGNOSTICOS					
CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	PRINCIPAL	DE INGRESO	DE EGRESO
1671	ANEURISMA CEREBRAL, SIN RUPTURA	Presuntivo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio:	890374	CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA		Cantidad:	1 Estado: Rutinario

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:					
Servicio:	CODIGO	DESCRIPCION	Cantidad:	Estado:	
	385112	385112 - OCLUSIÓN DE ANEURISMA INTRACRANEAL POR VIA ENDOVASCULAR	1	Urgente	

De esta manera junto con la contestación de la demanda CAPITAL SALUD EPS-S aportó copia de la autorización dada a la accionante el 23 de junio del 2023 con NEUROCIRUGIA en la FUNDACION HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO SAN JOSE (Archivo 3 CONTESTACION DE LA DEMANDA / ANEXOS Y PRUEBAS / 106-06272023100917)

Bogotá, 23 de junio de 2023

SIGSC: 0518235731386 CC 41534212

Señor(a)  
ROSAURA MURILLO GOMEZ  
Dirección: KR 72 G 40 34 SUR  
Teléfono: 3112195588  
E-mail: dianamarced@hotmail.es  
Ciudad: Bogotá

ASUNTO: RESPUESTA A REQUERIMIENTO SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD RADICADO:  
PQR-20232100006014012

Estimado(a) Usuario(a)

En respuesta a su petición, radicada ante la Superintendencia Nacional de Salud en la cual solicitó: "programación de neurocirugía endovascular. "de manera atenta le indicamos que su solicitud ha sido autorizada de la siguiente manera:

NAP (Número de Autorización)	ENTIDAD	FECHA DE AUTORIZACIÓN	CANTIDAD	DESCRIPCIÓN
11642-2303528048	FUN. HOSPITAL INFANTIL UNIVER SAN JOSE	06/23/2023 14:50	1	NEUROCIRUGIA - (890273)

Fuente: Capital Salud EPS-S, Sistema de Autorizaciones

En seguimiento a su petición el 23 de junio de 2023 se estableció comunicación telefónica al 3112195588 con la señora Diana Daza se indica que debe acercarse a un punto de atención al usuario (PAU), los cuales se relacionan a continuación para que reclame la autorización.

Ahora bien, junto con la impugnación la accionada aportó la historia clínica de la accionante de fecha 4 de julio del 2023 del HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO SAN JOSE en donde se describió como motivo de la consulta:

#### ANAMNESIS

Motivo de consulta: PACIENTE DE 72 AÑOS, CO CUADRO DE CEFALEA CRONICA, ESTUDIADO EXTRAINSTITUCIONALMENTE ENCONTRANDO ANEURISMA EN SEGMENTO SUPRACLINODEO D CAROTIDA DERECHA, DE APROXIMADAMENTE 15MM, POR LO CUAL FUE LLEVADA A JUTNA DONDE SE CONSDIERO PACIENTE SE BENEFICIA DE MANEJO ENDOVASCULAR, Y REMITEN PARA CONCEPTO. EN EL MOMENOT PACIENTE ASINOTMATICA

Señalándose como análisis del caso lo siguiente:

Análisis del caso: PACEINTE CON CAUDRO CLINCO DESCRITO, CON DIAGNOSTICO DE ANEURISMA DEPENDEINTE DE ARTERIA CAROTDA DERECHA, SE REvisa ESTUDIO EN EL QUE SE APRECIA LESION PARCIALMENTE TROMBOSADA, EN EL MOIMENTO CON EXAMEN ENUROLOGICO NORMAL, POR LO QUE CONSDIERMAOS PACEINTE NO AMERITA MANEJO QUIRURGICO DE URGENCIA, S E REMITE A NEUROINTERVENCIONISMO PARA CONCEPTO. SE EPLXICA A PACIENTE Y FMAILAIR QUIENES ENTIENDEN YA CEPTAN, SE REUSLVEN DUDAS

Plan de manejo: CONTROL

VALROACIONPOR NEUROINTERVENCIONSIMO

Observaciones: DR CORTES / R BARRAZA.

Y emitiendo las siguientes órdenes médicas:

### ÓRDENES MÉDICAS

Ambulatoria/Externa - CITA CONTROL

04/07/2023 17:09

CITA CONTROL

1 Con resultados de Laboratorio

NEUROCIRUGIA

Condicion clinica del paciente

Estado: ORDENADO

Ambulatoria/Externa - CITA CONTROL

04/07/2023 17:10

CITA CONTROL

1 Semana (s)

RADIOLOGIA

Condicion clinica del paciente

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA DR NELSON LOBELO

Estado: ORDENADO

En este escenario se tiene en primer lugar que la consulta ordenada en su momento por el médico adscrito al Hospital de Kennedy de “CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALISTA EN NEUROLOGIA” fue llevada a cabo el pasado 4 de julio en el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JOSE en el que se determinó que una vez revisado el estudio en el que se aprecia la lesión que padece la actora, considera que la paciente NO AMERITA MANEJO QUIRURGICO DE URGENCIA remitiéndola al NEUROINTERVENCIONISMO para concepto.

Razón por la cual y conforme a la pretensión de este proceso, esto es, la orden de OCLUSION DE ANEURISMA INTRACRANEAL POR VIA ENDOVASCULAR se tiene que la misma no resultaba procedente ordenarla como bien lo dijo la falladora de primer grado, pues de acuerdo al concepto del médico especialista en el tema adujo que no se requería.

Así las cosas y si bien es cierto la demandante padece una condición de salud especial, lo cierto es que, conforme a lo visto, una vez valorada por NEUROCIRUGIA se le emitieron las ordenes de CONTROL CON NEUROCIRUGIA y una de RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA, mismas que no se aprecian ni se aducen como negadas y en esa medida no evidencia esta Sala de decisión que la EPS accionada se encuentre negando sus servicios, máxime

que como se vio el anhelo de este proceso conforme lo solicitado por la propia accionante ya se encuentra superado por lo atrás explicado, por lo que no resulta acertado emitir ordenes relativas a garantizar el acceso efectivo a: valoración del especialista en neurocirugía endovascular, a las autorizaciones del plan de manejo y al procedimiento ordenado como resultado de la valoración del especialista en neurocirugía endovascular, pues se salen del objeto de esta litis, ya que se reitera lo pretendido por la accionante era la autorización para el procedimiento OCLUSION DE ANEURISMA INTRACRANEAL POR VIA ENDOVASCULAR que no resultó procedente conforme lo determinó su médico tratante, sin que se evidencie por la Sala en estos momentos que los servicios prestados por le EPS demandada no sean oportunos, eficientes y de calidad, con posterioridad al 4 de julio del 2023 cuando tuvo la actora tuvo la cita con NEUROCIRUGIA.

Corolario de todo lo anterior, no resulta acertada la decisión de primer grado, razón por la cual, hay lugar a acoger de manera favorable los argumentos expuestos por la apoderada recurrente.

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

**SIN COSTAS** en esta instancia.

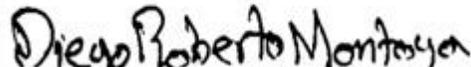
En mérito de los expuesto el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C. - SALA LABORAL, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

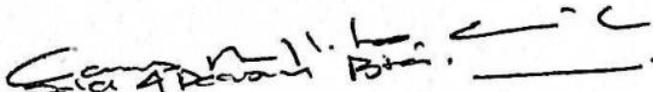
### **RESUELVE**

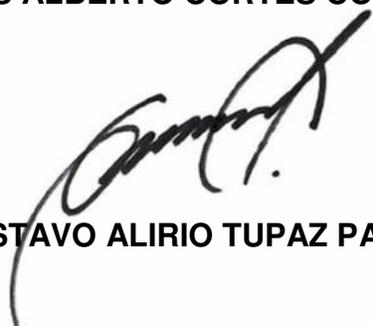
**PRIMERO: REVOCAR** la sentencia proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD y, en su lugar, **ABSOLVER** a la demandada CAPITAL SALUD E.P.S.-S de las pretensiones incoadas en su contra por ROSAURA MURILLO GOMEZ, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO: SIN COSTAS** en esta instancia.

NOTIFÍQUESE y CÚMPLASE,

  
DIEGO ROBERTO MONTOYA MILLAN

  
CARLOS ALBERTO CORTES CORREDOR

  
GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA