



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

MAGISTRADA PONENTE: DIANA MARCELA CAMACHO FERNÁNDEZ

**PROCESO SUMARIO LABORAL DE OVIDIO ROJAS CONTRA CAFESALUD
EPS S.A. RAD: 110012205-000-2020-00627-01**

Bogotá, D. C., treinta (30) de noviembre de dos mil veinte (2020)

Teniendo en cuenta que el Consejo Superior de la Judicatura en el artículo 1º del Acuerdo PCSJA20-11567 del 5 de junio del 2020 levantó la suspensión de términos judiciales a partir del 1º de julio del 2020 y vencido el término otorgado para alegar de conclusión, conforme a lo estatuido en el artículo 15 del Decreto 806 del 4 de junio del 2020 *"Por el cual se adoptan medidas para implementar las tecnologías de la información y las comunicaciones en las actuaciones judiciales, agilizar los procesos judiciales y flexibilizar la atención a los usuarios del servicio de justicia, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica"*, se procede a proferir la siguiente,

SENTENCIA

ANTECEDENTES RELEVANTES

1. Demanda. OVIDIO ROJAS presentó solicitud ante la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD instando se ordene a CAFESALUD EPS el reconocimiento y pago de la suma de \$3.635.668, por concepto de costo de cirugía de desprendimiento de retina en el ojo izquierdo realizada a su esposa, la señora Elvia Edtih Pérez Sierra. (fol. 3).

Como fundamento de sus pretensiones señaló que el 11 de diciembre de 2015, a su esposa Elvia Edtih Pérez Sierra, quien ostenta la calidad de beneficiaria suya ante la demandada, le realizaron una cirugía de desprendimiento de retina en la Clínica de Ojos.

Agregó que, en el mes de mayo de 2016, su cónyuge presentó un desprendimiento y hemorragia de retina interna del ojo izquierdo, por lo que debía ser nuevamente intervenida, no obstante, el procedimiento requerido no pudo llevarse a cabo en la Clínica de los Ojos, por cuanto el contrato con la EPS convocada se encontraba suspendido.

Igualmente, dijo que su esposa fue remitida a SA IOSAL, sin embargo, allí le informaron que no realizaban el procedimiento oftalmológico requerido; además, adujo que se dirigió a Gavavisión con la correspondiente autorización de Cafesalud EPS, no obstante, no fueron atendidos por falta de pago de los honorarios.

Añadió que su esposa presentaba un dolor constante, día y noche, por lo que después de pasados 7 meses, se vio obligado a asumir el procedimiento de manera

particular, la cual se llevó a cabo el 16 de noviembre de 2016, por un costo de \$3.635.668.

Finalmente, dijo que elevó la correspondiente solicitud de reembolso, la cual le fue negada por la encartada.

2. Contestación de la demanda. CAFESALUD EPS dio respuesta oponiéndose a todas y cada una de las pretensiones de la demanda argumentando que la petición del actor no cumple con los requisitos exigidos por la Resolución 5261 de 1994, dado que este no prueba la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia por parte de la EPS, en tanto que la entidad ha emitido todas y cada una de las autorizaciones del servicio, ofreciendo además, una red prestadora de servicios con altos estándares de calidad. Adujo que la demandante no radicó nueva autorización para el procedimiento y la EPS no asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas. Señaló que la paciente de forma voluntaria no asistió a la red prestadora de Cafesalud EPS, y decidió acudir a otra IPS, de manera particular, por lo que se puede concluir que se trataba de una atención ambulatoria y no de una urgencia vital, y en todo caso, la IPS donde fue atendida la cónyuge del actor no informó a la EPS sobre los servicios que se suministraron para la atención de urgencia, como lo exige el artículo 10 de la Resolución 5261 de 1994. Propuso como excepciones de fondo las de ausencia de cumplimiento de los requisitos legales que impiden efectuar el reembolso, inexistencia de valoración a un derecho fundamental por parte de Cafesalud EPS, el caso del paciente no es una urgencia vital, la IPS no solicitó autorización para la atención de la urgencia, el solicitante no probó incapacidad económica para asumir los servicios solicitados de manera particular, del funcionamiento y responsabilidad de las entidades promotoras de salud en el SGSSS y la genérica. (folS. 65 y s.s.).

3. Decisión de Primera Instancia. La Superintendencia Nacional de Salud profirió fallo el 4 de diciembre de 2019, en el sentido de acceder a la pretensión formulada por la parte actora y condenó a Cafesalud EPS en Liquidación a reconocer y pagar a favor de la señora Elvia Edith Pérez Sierra, la suma de \$3.635.668, conforme a las reglas establecidas en el Decreto 663 de 1993 y el Decreto 2555 de 2010. (fol. 76 y s.s.).

Su decisión se basó en que de conformidad con el informe rendido por el médico adscrito al Despacho, la demandada no garantizó la atención médica oftalmológica requerida por la señora Elvia Edith Pérez Sierra, además, hubo fallas en la oportunidad, continuidad e integralidad de la atención debido a que en ese momento Cafesalud EPS no garantizó red de prestadores que respondiera a los requerimientos de la salud de la paciente, razón por la cual ésta tuvo que acudir a la Clínica de Ojos, donde ya la conocían y ya le habían realizado las intervenciones oftalmológicas anteriores como paciente afiliada a Cafesalud, prestador que no tenía convenio con la EPS, por lo que la paciente y sus familiares tuvieron que acceder a los servicios de manera particular.

Finalmente señaló que, como las facturas allegadas al proceso, se encuentran a nombre de la señora Elvia Edith Pérez Sierra, se ordenará el reembolso reclamado a su favor.

4. Impugnación y límites del ad quem. Inconforme con la anterior decisión CAFESALUD EPS EN LIQUIDACIÓN interpuso recurso de apelación argumentando

que tal y como se indicó en la contestación de la demanda, la atención de la señora Pérez Sierra se dio de manera ambulatoria, ya que no se encontraba ante una urgencia vital, pues no se evidencia que tuviese que estabilizarse sus signos vitales de manera prioritaria, ya que ninguna de las instituciones a las cuales acudió la parte convocante, establecieron que su atención se promovió dentro de los protocolos expuestos como de urgencias vitales.

Agregó que en la sentencia se hace alusión a un concepto emitido por médico adscrito a la Superintendencia, el cual no hace referencia en ningún momento a que el servicio brindado tenga la connotación de urgencia, por lo que no se cumple con este requisito para acceder al reembolso.

Dijo que de aceptarse que la atención de la usuaria lo fue por virtud de una urgencia, tampoco se demuestra que la IPS donde fue atendida la usuaria, cumpliera con la obligación jurídica de informar a la encartada, los servicios que se suministraron para el efecto, a fin de autorizar los mismos.

De otro lado adujo que, para la procedencia del reembolso, se debe acreditar la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia en la prestación del servicio de salud por parte de la EPS, no obstante, a lo largo del expediente quedó demostrado que esta procedió a emitir las autorizaciones que eran necesarias para la atención de la usuaria, cuando así lo requirió.

Afirmó que, en caso de acceder a las pretensiones de la demanda, el valor a reconocer debe atender el Manual Tarifario SOAT-Decreto 2423 de 1996, en lo que se estipula las tarifas de exámenes y procedimiento clínicos que las entidades pertenecientes al sistema de salud deben tener en cuenta para realizar los cobros respectivos, el cual es actualizado de manera anual. (fol. 86 y s.s.)

Así las cosas, procede la Sala a desatar la alzada, previas las siguientes

CONSIDERACIONES

El recurso de apelación interpuesto por CAFESALUD EPS S.A. EN LIQUIDACIÓN se estudiará de acuerdo con las directrices establecidas en el artículo 66A del C. P. del T. y de la S.S. que consagra el principio de consonancia, esto es, teniendo en cuenta los puntos y materias objeto de inconformidad, expuestos por el recurrente.

Así las cosas, corresponde a la Sala dilucidar **el siguiente problema jurídico:** establecer: ¿No se encuentran reunidos los requisitos establecidos en la ley para ordenar el reembolso reclamado por la parte actora, por concepto de gastos médicos?

Competencia del Tribunal para conocer de los procesos adelantados ante la Superintendencia.

En primer lugar, es necesario indicar que la presente acción se inició con base en lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley 1122 del 2007 que faculta a la Superintendencia Nacional de Salud, conforme lo establece el artículo 116 de la Constitución Nacional, para conocer y fallar en derecho con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez; norma que fue adicionada por el artículo 126 de la Ley 1438 del 2011,

que dispuso que la Superintendencia conocería y decidiría sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o del empleador. Y se debe señalar que, conforme al numeral 1º del artículo 30 del Decreto 2462 del 2013, este Tribunal es competente para conocer el recurso de apelación interpuesto por CAFESALUD E.P.S., en tanto su domicilio corresponde a la ciudad de Bogotá, tal como da cuenta el certificado de existencia y representación legal obrante a folio 70.

Ahora bien, el literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 del 2007 dispone que la Superintendencia conoce del *"Reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios"*.

Del reembolso reclamado

En aras de resolver el recurso de apelación formulado por la accionada, cumple recordar que conforme al artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, "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.*"

Descendiendo al caso que convoca la atención de la Sala, conviene advertir en primer lugar que, en el presente caso, el *a quo* no sustentó la procedencia del reembolso reclamado en la atención de urgencias de la señora Elvira Edith Pérez Sierra, pues conforme a la parte considerativa de la decisión, se tiene que la falladora de primera instancia indicó que la accionada presentó fallas en la oportunidad e integralidad de la atención, debido a que no garantizó a la paciente una red de prestadores que respondieran a sus requerimientos de salud, de lo cual interpreta esta Colegiatura que la procedencia del reembolso, concluida en la sentencia impugnada, se sustentó en la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios, por manera que resulta inane la discusión que sobre la atención en urgencias ha propuesto la demandada en su recurso de apelación.

Ahora bien, en lo que atañe a la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS accionada, se observa que en la alzada ésta aduce que procedió a emitir las autorizaciones que eran necesarias para la atención de la usuaria cuando así lo requirió, conforme al material probatorio allegado al proceso.

Frente a ello, observa la Sala que el 8 de septiembre del 2016, la entidad accionada expidió autorización de servicios No. 169499680 para el procedimiento denominado *"VITRECTOMÍA VÍA POSTERIOR CON INSERCIÓN DE SILICON O GASES"*, a favor de la señora Elvia Edith Pérez Sierra, quien fue remitida para llevar a cabo el procedimiento al Centro Oftalmológico Gavavisión E U Unidad de Especialistas Sucursal Bogotá (fol. 10 a 11).

De otro lado, se advierte que el 31 de octubre de 2016, Gavavisión Unidad de Especialistas, emitió orden de procedimiento quirúrgico para la señora Edith Pérez Silva, denominado "*ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORRETINAL, POR FOTOCOAGULACIÓN (LASER) SOD +*"; además, se estableció como diagnóstico principal "*DESGARRO DE LA RETINA SIN DESPRENDIMIENTO*" y como diagnóstico relacionado "*DEGENERACIÓN PERIFÉRICA DE LA RETINA*" (fol. 15).

Mediante orden de servicios 172547791 del 31 de octubre de 2016, la encartada autorizó a favor de la señora Edith Pérez Silva, "*ABLACIÓN DE LESIÓN CORIORRETINAL, POR FOTOCOAGULACIÓN (LASER) SOD*" y "*VITRECTOMIA VIA POSTERIOR CON RENTOPEXIA*", para lo cual se remitió a la paciente al Instituto Oftalmológico Salamanca S.A. Iosal (fols. 13 a 14).

Ahora bien, el 16 de noviembre de 2016, se practicó a la esposa del actor por parte de la Clínica de Ojos, procedimiento denominado "*RETIRO DE ACEITE DE SILICON MAS LASER*", el cual se llevó a cabo el 16 de noviembre de 2016, por un valor total de \$3.635.668, que incluye valor de consulta por primera vez (\$67.380), honorarios especiales quirúrgicos (\$2.280.520), anestesia local controlada ½ hora fracción adicional (\$171.350) y retiro de material implantado del segmento posterior de ojo (\$1.116.418) (fols. 17 y s.s.).

De lo anterior, encuentra la Sala que si bien, la entidad accionada expidió dos autorizaciones de procedimientos quirúrgicos a favor de la cónyuge del actor, ante los prestadores Centro Oftalmológico Gavavisión E U Unidad de Especialistas Sucursal Bogotá e Instituto Oftalmológico Salamanca Sa Iosal, lo cierto es que ello no resulta suficiente para acceder a la revocatoria del reembolso reconocido por el *a quo*, como quiera que la parte actora en su escrito inicial planteó dos negaciones indefinidas en relación con dichas intervenciones, pues nótese que a folio 3 sostuvo sobre el procedimiento ordenado para el Instituto Oftalmológico Salamanca Sa Iosal, que en dicha institución se le informó que allí no atendían el mismo, y en cuanto al procedimiento ordenado para el Centro Oftalmológico Salamanca SA Iosal, refirió que no hubo atención, por cuanto no efectuaron el pago de los honorarios.

Conforme a ello, debió la demandada acreditar que las dos instituciones indicadas con anterioridad tenían toda la disponibilidad para realizar los procedimientos referenciados y que no medió negativa por parte de éstas para su realización, pues recuérdese que las negaciones indefinidas no requieren prueba conforme lo establece el artículo 167 del CGP, de manera que la demandada tenía la carga de demostrar que contrario a lo indicado por el convocante, éste sí contó con la red de prestadores que tenían la capacidad de realizar los procedimientos ordenados, no obstante, del material probatorio obrante en el expediente, no se advierte acreditada esa circunstancia, pues sobre los trámites llevados a cabo por la encartada, para que en efecto tuvieran lugar las intervenciones quirúrgicas de las que se viene hablando, sólo obran las autorizaciones de las mismas, que se reitera, según el dicho del convocante, fueron negadas por las IPS a las cuales fue remitida su cónyuge.

Bajo ese entendido, considera la Sala que, contrario a lo aducido en la alzada, en el presente caso sí se encuentran acreditados los presupuestos establecidos por la Resolución 5261 de 1994, para la procedencia del reembolso, pues en el *examine* se configura la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con la usuaria.

Sobre el punto de apelación relacionado con el monto determinado por la Superintendencia respecto de los gastos en los que incurrió la parte actora, debe decirse que le asiste razón al recurrente cuando afirma que los valores que deben ser tenidos en cuenta para calcular la condena impuesta por la Superintendencia Nacional de Salud deben corresponder a los previstos en las tarifas establecidas por el Ministerio de Salud para el sector público, por así preverlo expresamente el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, cuando dispone que “(...) *Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de Salud para el sector público(...)*”; los cuales se encuentran en el denominado Manual Tarifario de Salud, conocido como Valor Tarifas SOAT, derivados del Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996.

Dicha normatividad determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y además fija las tarifas en salarios mínimos legales diarios vigentes para Laboratorio Clínico, exámenes, procedimientos de laboratorio e insumos y aun cuando no se desconoce que según el campo de aplicación, este Decreto será de obligatorio cumplimiento para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas, ello no obsta para que la controversia sea resuelta bajo esta disposición, máxime cuando es la propia Resolución 5261 de 1994, la que remite expresamente a ella para efectos del reconocimiento de reembolsos.

Bajo ese panorama, concluye la Sala que en principio el reembolso ordenado por el *a quo*, debió calcularse conforme a lo preceptuado en el Manual Tarifario de Salud, conocido como Valor Tarifas Soat actualizado a 2016, pues debe recordarse que esa fue la anualidad en la que se sufragó los gastos médicos aquí reclamados.

No obstante, al revisar la disposición de marras, se advierte que el procedimiento realizado a la cónyuge del actor, junto con los insumos y los servicios que se discriminan a folios 17 a 22, no se encuentran incluidos en el listado allí establecido, y tampoco existe material probatorio en el proceso que permita concluir que dentro del Manual Tarifario existen procedimientos e insumos análogos que puedan ser considerados por la Sala para efectos de calcular el valor del reembolso reclamado.

Por tanto, dicho reembolso debe ser reconocido en la suma que indican las facturas vistas a folios 17 y s.s. que como lo estableció el *a quo*, asciende a un total de \$3.635.668.

Finalmente, a lo que se refiere a la solicitud de requerir al demandante que se haga parte del proceso liquidatorio, formulada en la alzada a folio 87 vuelto, la Sala no hará ningún pronunciamiento, como quiera que la misma se encuentra dirigida a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Supersalud.

Virtud de lo dicho no queda otro camino que confirmar la sentencia impugnada.

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

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 4 de diciembre del 2019 por la Superintendencia Nacional de Salud, por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO: COMUNICAR a las partes el presente fallo por el medio más expedito, conforme al artículo 126 de la Ley 1438 de 2011.

TERCERO: DEVOLVER el expediente a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, una vez agotado el trámite de rigor.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE,



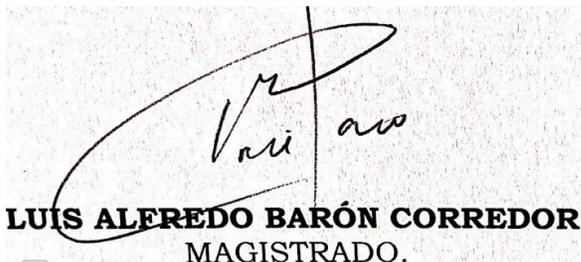
DIANA MARCELA CAMACHO FERNANDEZ

Magistrada



EDUARDO CARVAJALINO CONTRERAS

Magistrado



LUIS ALEREDO BARÓN CORREDOR
MAGISTRADO.

-Se suscribe con firma escaneada ante la declaratoria de Estado de Emergencia Sanitaria, conforme a la Resolución 380 y 385 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, y Decreto 417 de 2020-