



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Quinta de Decisión Laboral

HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA
Magistrado Ponente

REFERENCIA: PROCESO SUMARIO
RADICACIÓN: 11001 22 05 00 **2021 01298 01**
DEMANDANTE: HÉCTOR JAIME MORA AGUDELO
DEMANDADO: CAFESALUD EPS.

Bogotá, D.C., veinte (20) de septiembre de dos mil veintiuno (2021).

OBJETO DE LA DECISIÓN

Procede la Sala de Decisión a resolver el recurso de apelación que interpuso la demandada Cafesalud Eps contra la sentencia de 18 de mayo de 2020 proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud.

I. ANTECEDENTES

Héctor Jaime Mora Agudelo pretende el reconocimiento y pago de \$4.564.600 por concepto de gastos médicos por intervención quirúrgica.

En respaldo de sus pretensiones, narró que el 12 de octubre de 2016 lo atendió la Dra. Martha Vargas quien lo remitió centros médicos. Adujo que acudió al Hospital San Ignacio Clínica San Rafael y luego al Hospital San José, donde lo atendieron y diagnosticaron con catarata.

Refirió que fue diagnosticado con desprendimiento de retina en su único ojo funcional, por lo que no le quedó otra alternativa que acudir a un médico particular. Finalmente, narró que el 28 de diciembre de 2016 y 17 de abril de 2017 solicitó el reembolso de los gastos médicos.

II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

Cafesalud Eps S.A., a través de su apoderado judicial, precisó que no se cumplen los requisitos legales para el reembolso como quiera que no se cuenta con autorización médica por parte de la Eps. Además, que los recursos de la salud tienen destinación específica.

III. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

El 18 de mayo de 2020, la delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud, accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda, en consecuencia, ordenó a Cafesalud Eps el reconocimiento y pago de \$1.825.000 por concepto de gastos médicos.

Como fundamento de su decisión, señaló que la encartada no garantizó la accesibilidad, oportunidad, ni integralidad en el servicio médico como quiera que el cuadro clínico que padecía el demandante constituía una urgencia oftalmológica que debía ser tratada de manera inmediata.

IV. RECURSO DE APELACIÓN

La parte demandada **Cafesalud EPS** apeló la sentencia de primera de instancia con el fin de revocar la decisión. Para ello, argumentó que no se puede acceder al reembolso dado que no cumplen con los requisitos legales, pues no cuenta con autorización por parte de la Eps. Además, que al paciente se le informó que debía ir por urgencias para ser valorado por el médico especialista en oftalmología, pero que decidió acudir a un médico no adscrito a la red de prestadores de servicios. Finalmente, señaló la ausencia de oportunidad para contradecir el concepto técnico suscrito por el profesional de medicina y la intervención forzosa de liquidación.

V. PROBLEMA JURÍDICO

El estudio del plenario determina que se encuentran reunidos a plenitud los presupuestos procesales, y tampoco se advierte causal de nulidad que invalide lo actuado. Por consiguiente, habrá de resolver la Sala, si Cafesalud Eps debe ser exonerada del reembolso por los gastos médicos en que incurrió el demandante.

VI. CONSIDERACIONES

Conviene señalar que esta Sala es competente para dilucidar la controversia puesta de presente de conformidad con el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, adicionado por el 126 de la Ley 1438 de 2011, vigentes para el momento en que se interpuso la demanda y acontecieron los hechos puestos de presente. Igualmente, lo es con arreglo al artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, dado el domicilio del apelante.

Con el fin de resolver el problema jurídico puesto de presente, necesario es precisar que conforme a los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional, Ley 100 de 1993 y Ley 1751 de 2015, el derecho fundamental a la salud 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 cual debe ser garantizado a través de las prestaciones de salud, estructuradas sobre una concepción integral de la salud, que incluya su promoción, la prevención, la paliación, la atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

En igual sentido, se verifica en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, algunas reglas específicas en materia de reconocimiento de reembolsos a los afiliados que han tenido que asumir costos en los siguientes eventos: **i)** tratándose de atención inicial de urgencias cuando el afiliado sea atendido en una IPS que no tenga contrato con la EPS a la cual esté inscrito; **ii)** cuando haya sido autorizada en forma expresa por parte de la respectiva entidad promotora de salud, la prestación de atenciones específicas y **iii)** en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la entidad promotora de salud en el cubrimiento de las obligaciones para con sus usuarios.

Paralelamente, respecto a la atención continua del servicio médico el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015 prevé: *“d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas”*.

Asimismo, el artículo 10 de la citada Ley prevé los derechos y deberes de las personas en la prestación del servicio de salud, quienes pueden acceder a los servicios de salud de manera integral sin necesidad de un documento o previo pago. Al punto señaló:

“ARTÍCULO 10. DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS, RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD. *Las personas tienen los siguientes derechos relacionados con la prestación del servicio de salud:*

- a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;*
- b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;”*

Lo anterior se acompasa con lo previsto en el artículo 14 que prevé que: *“para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.”*

Finalmente, respecto a la prestación de los servicios que se deben garantizar en términos generales, la H. Corte Constitucional ha referido que:

“(…) La prestación del servicio en salud es oportuna cuando el paciente recibe la atención en el momento adecuado, a fin de que recupere su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. De forma similar, el servicio en salud es eficiente cuando los trámites administrativos a los que está sujeto son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no son una excusa para dilatar la protección del derecho a la salud¹. Así mismo, el servicio público de salud se reputa de calidad cuando las prestaciones en salud requeridas por el afiliado o beneficiario contribuyen, en la medida de las posibilidades, a mejorar la condición del enfermo². La jurisprudencia constitucional ha señalado que el principio de integralidad impone su prestación continua, la cual debe ser comprensiva de todos los servicios requeridos para recuperar la salud. La determinación y previsión de los servicios requeridos para la plena eficacia del derecho a la salud, como reiteradamente se ha señalado, no corresponde al usuario, sino al médico tratante adscrito a la E.P.S, de la siguiente manera: “La atención y 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 (...).”

Al descender al *sub examine* se verifica que el promotor alega la negligencia por parte de la entidad promotora de salud en el cubrimiento de las obligaciones por tener que sufragar los gastos médicos de intervención quirúrgica e insumos.

En ese horizonte, se observa que el demandante para el mes de septiembre de 2016 fue diagnosticado con enucleación ojo derecho, implante prótesis ojo derecho, retinopexia ojo derecho, ANT trombosis venosa profunda y rescción transuretral prostata.

Luego, el 12 de octubre de 2016 consultó por pérdida súbita de agudeza visual en su único ojo funcional – ojo izquierdo – ante los servicios de urgencias de las IPS de la red prestadora de Cafesalud Eps, por lo que

en la Clínica Esimed se le indicó que debía consultar con especialista en oftalmología.

Paralelamente, ingresó por urgencias en la Ips Sociedad de Cirugía de Bogotá Hospital San José donde se le asignó cita prioritaria Triage IV y se le diagnosticó POP Cataratas.

En tal sentido, y ante el diagnóstico indicado, el actor debió acudir como paciente particular ante el Dr. Boris Gómez, quien le diagnosticó una patología diferente a la indicada por la Ips, como lo es el desprendimiento de retina regmatogeno ojo izquierdo y ordena urgencia de plan quirúrgico vitrectomia posterior más aceite de silicon y endolaser ojo izquierdo.

En consecuencia, el 13 de octubre de 2016 al demandante le fue realizado procedimiento de vitrectomia posterior con edolaser en ojo izquierdo.

Bajo ese prisma, encuentra la Sala acreditada la negligencia de la entidad promotora de salud para cubrir la necesidad del actor, según lo previsto en el artículo 14 de la Resolución n°5261 de 1994, como quiera que la demandada Cafesalud Eps tenía pleno conocimiento de la patología que padece el demandante, por lo que al no brindar la cobertura y atención necesaria para la satisfacción de las necesidades médicas de la paciente se cristalizó su abandono en el cumplimiento de las obligaciones legales.

Asimismo, la Eps accionada no acreditó que contara con una red de prestadores de servicios de salud eficiente para atender las necesidades médicas que requería el demandante. Además, que se comprobó la falta de seguimiento en el caso del paciente para llevar a cabo el tratamiento sin interrupciones con el fin de generar los servicios médicos que este requería.

Máxime que Cafesalud Eps presentó negligencia en la atención de urgencias y diagnóstico idóneo que requería el señor Héctor Jaime Mora, lo que conllevó a la interrupción en el tratamiento del demandante, lo cual puso en riesgo su integridad, ya que el diagnóstico padecido por el paciente requería extrema urgencia, pues de lo contrario podría conllevar la pérdida parcial o total de la visión.

Respecto al argumento de liquidación forzosa de la demandada Cafesalud Eps, es de anotar que no hay lugar a obligar al demandante a acudir al proceso de liquidación forzosa, como quiera que la radicación de créditos dentro del respectivo trámite de liquidación se debió realizar del 29 de agosto al 30 de septiembre de 2019, por lo que acudir a dicho procedimiento no logrará la materialización del pago de los gastos médicos que aquí se debate, lo cual afecta directamente el patrimonio de la demandante, máxime cuando la acreencia económica tiene connotación de irrenunciable por tratarse de prestaciones de la seguridad social de conformidad con el artículo 48 de la Constitución Nacional.

Finalmente, no se estructura una vulneración del debido proceso por no haberse permitido la contradicción del concepto técnico científico rendido por un profesional de la Superintendencia Nacional de Salud, dado que el referido concepto no corresponde a una prueba decretada por la Superintendencia, sino a un estudio adicional que hace parte integral de la decisión de primer grado, el cual es susceptible de censura por parte de quien lo considera adverso a sus intereses, a través del recurso de apelación en el que efectivamente se controvirtieron tales conclusiones.

En consecuencia, se confirma la decisión de primera instancia.

Sin costas en esta instancia.

VII. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, SALA LABORAL, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la sentencia proferida el 18 de mayo de 2020 por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia de Salud.

SEGUNDO: COMUNICAR a las partes la presente sentencia 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.

Notifíquese, publíquese y devuélvase el expediente a la oficina de origen, previas las desanotaciones del caso.



HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA

Magistrado



HUGO ALEXANDER RÍOS GARAY

Magistrado

SALVO VOTO



ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN

Magistrada

Sumario Rad. 110012205 00 2021 01298 01



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

PROCESO SUMARIO
RADICADO: 00 2021 01298 01
DEMANDANTE: HECTOR JAIME MORA AGUDELO
DEMANDADO: CAFESALUD E.PS. EN LIQUIDACIÓN
M.P. HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA

SALVAMENTO DE VOTO

Con mi acostumbrado respeto por las decisiones de esta Sala de Decisión, me permito manifestar que me aparto de la decisión adoptada en el proceso de la referencia, pues en mi criterio el recurso interpuesto debió rechazarse en cuanto se trata de un proceso de única instancia.

En efecto, las decisiones que se adopten dentro de un proceso de única instancia no son susceptibles de apelación, según lo dispone el artículo 12 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social. Las normas que regulan el ejercicio de funciones jurisdiccionales por parte de la Superintendencia Nacional de Salud¹, no modificaron las reglas sobre competencia funcional por razón de la cuantía, en los procesos laborales que se deban tramitar ante dicha autoridad administrativa, criterio que se acompasa con el carácter preferente y sumario que le atribuyó el Parágrafo 2º del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, a los procesos que se tramitan ante dicha superintendencia.

¹ Art. 41 Ley 1122 de 2007; artículo 126 de la Ley 1438 de 2011; art. 30 Decreto 2462 de 2013 y artículo 6º Ley 1949 de 2019.

Por otra parte, sería contrario al principio de igualdad material que una misma controversia de cuantía inferior a 20 SMLMV se tramitara en única instancia cuando fuere de conocimiento del juez ordinario laboral, pero de doble instancia cuando fuere tramitada ante una autoridad administrativa en ejercicio de funciones jurisdiccionales.

El respeto de la competencia funcional de las salas laborales de los tribunales superiores de distrito judicial, se mantiene incólume de conformidad con lo previsto en la parte final del Núm. 1º del artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, cuando al regular el recurso de apelación contra las decisiones proferidas por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, establece que *"...En caso que sus decisiones sean apeladas, el competente para resolver el recurso, **conforme a la normativa vigente** será el Tribunal Superior del Distrito Judicial - Sala Laboral- del domicilio del apelante."*, es claro entonces, que tratándose de recursos de apelación contra providencias proferidas por dicha Superintendencia, debe acatarse la normativa vigente en materia de competencia por parte de las salas laborales de los tribunales superiores, entre las que se incluye la competencia funcional de conocer en segunda instancia los procesos cuya cuantía exceda los 20 SMLMV.

En armonía con las anteriores normas jurídicas, el inciso 3º del Parágrafo 3º del artículo 24 del CGP, aplicable al procedimiento laboral por remisión del artículo 145 del CPTSS, establece que *"Las apelaciones de providencias proferidas por las autoridades administrativas en primera instancia en ejercicio de funciones jurisdiccionales se resolverán por la autoridad judicial superior*

funcional del juez que hubiese sido competente en caso de haberse tramitado la primera instancia ante un juez y la providencia fuere apelable". Expresamente, este segmento normativo preserva la competencia funcional de los tribunales superiores tratándose de asuntos que conocen a prevención las autoridades administrativas investidas por el legislador de funciones jurisdiccionales.

Finalmente, el Parágrafo 1º del artículo 6º de la Ley 1949 de 2019, dispuso que la sentencia emitida por la Superintendencia Nacional de Salud podía ser apelada y "en caso de ser concedido el recurso", debía remitirse el expediente al Tribunal Superior de Distrito Judicial-Sala Laboral- del domicilio del apelante, con lo cual condicionó la concesión del recurso de apelación por parte del *a quo*, condición que no puede ser otra que el respeto de la ley, específicamente el acatamiento de las reglas de competencia funcional.

En los anteriores términos dejo sustentadas las razones de mi salvamento.


HUGO ALEXANDER RIOS GARAY
Magistrado