

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

MAGISTRADO PONENTE: LUIS CARLOS GONZÁLEZ VELÁSQUEZ.

**ACTA DE AUDIENCIA PÚBLICA DE JUZGAMIENTO CELEBRADA EN EL
PROCESO SUMARIO DE LUZ MARINA CARREA JIMENEZ CONTRA
CAFESALUD EPS SA. Rad. 2020 00283 01.**

En Bogotá D.C., a los veintitrés (23) días del mes de julio de dos mil veintiuno (2021), siendo las tres de la tarde (03:00 p.m.), día y hora previamente señalados por auto anterior para llevar a cabo la audiencia, el Magistrado ponente la declaró abierta en asocio de los restantes Magistrados con quienes integra la Sala de decisión.

En ejercicio de la competencia conferida por el artículo 22 numeral 1º del Decreto 1018 de 2007, el Magistrado Ponente en asocio de los demás integrantes de la Sala de Decisión, procede a proferir la siguiente,

SENTENCIA

JUAN CARLOS RODRÍGUEZ TROMPA solicita que se condene a la demandada al reembolso de la suma de \$10.000.000 por concepto de gastos médicos en que incurrió por la atención de urgencias ante la entidad promotora de salud SOCIEDAD OFTAMOLÓGICA OFA IPS SAS. (fl 3).

En los hechos se describen a folios 1 a 3 se indica que el 16 de marzo de 2018 tuvo un control por oftalmología posterior a un procedimiento de ablación coreoretinal por fotocoagulación laser debido a desgarro en la retina de su ojo derecho debiendo mantener un monitoreo frecuente que no fue posible agendar debido a que la demandada le indicaba que los cupos ya había sido adjudicados y que debía esperar al siguiente mes o que no tenía convenio con la entidad, por lo que se vio obligado a consultar un especialista particular y hacer un procedimiento de emergencia para salvar su ojo derecho, lo que debió sufragar por su cuenta no obstante que para ese momento se encontraba desvinculado laboralmente.

Menciona que presentó la reclamación el 22 de enero de 2019 con la documental correspondiente y que el 5 de febrero de 2019 le respondieron negativamente aclarando que los servicios que le realizaron no se encuentran autorizados por la EPS.

Actuación Procesal

Admitida la solicitud por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación (fl 25) se dispuso requerir a la IPS SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA OFA para que allegara informe sobre la atención al paciente JUAN CARLOS RODRÍGUEZ TROMPA, su afiliación a CRUZ BLANCA EPS y la fecha de ello, afiliación a MEDIMAS EPS, verificación de derechos del usuario, el informe a CRUZ BALANCA del ingreso del demandante, proceso de referencia y contrareferencia, factura o pagos, copia de la historia clínica y la razón de los servicios de salud prestados.

Sentencia de Primera Instancia

La Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, profirió decisión de primera instancia en la que accedió a las pretensiones de la demanda, por lo que ordenó a CRUZ BLANCA EPS reembolsar al demandante la suma de \$10.000.000. Para tomar esa decisión señaló que analizadas las pruebas aportadas al expediente y el informe técnico, se evidenciaba que el señor JUAN CARLOS RODRÍGUEZ TROMPA se encontraba en una situación de urgencia al presentar un diagnóstico de desgarro de retina por el que requería controles periódicos que no le garantizó CRUZ BALNCA EPS, pues la valoración se programó para 4 meses después de haberla autorizado, pese a presentar un diagnóstico de alto riesgo, debiendo responder entonces, por la falla, falta, lesión, enfermedad e incapacidad generada en la prestación del servicio.

Recurso de Apelación

La entidad demandada interpone recurso de apelación con el fin de que se revoque la sentencia señalando que los servicios no se encontraban previamente autorizados por la EPS de conformidad con la Resolución 5261 de 1994, lo cual fue notificado al usuario el 5 de febrero de 2019. Manifestó que de haberse analizado en conjunto el acervo probatorio la decisión hubiera sido diferente, ya que el despacho le restó

valor probatorio a los documentos por ella aportados por lo que no puede afirmarse que existió un perjuicio económico a cargo de la EPS que este obligada a remediar.

CONSIDERACIONES

Competencia

El artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, concede funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para fallar con carácter definitivo, con las facultades propias de un juez y dispone que el recurso de apelación se hará ante el Superior jerárquico de la autoridad judicial que tuvo originalmente la competencia para tramitar el asunto objeto de debate. Debido a este presupuesto legal, la Sala abordará el estudio de la alzada.

Trámite del reembolso

Frente al trámite del reembolso el cual pretende el demandante, debe resaltar La Sala que el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, en concordancia con el literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007¹, consagra expresamente bajo qué circunstancias procede el reembolso a los usuarios del S.G.S.S. en Salud, entre las cuales se encuentran las siguientes:

- a) Atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S.
- b) Cuando haya sido autorizado expresamente por la E.P.S. para una atención específica.
- c) En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

¹ **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, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en los siguientes asuntos:

(...)

b) 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;

Así las cosas, conforme los documentos allegados al proceso (fls. 5 a 18 34 a 38) y el Registro del Informe Técnico visto a folio 45, se tiene que el actor es un paciente de 39 años con padecimientos en su salud visual, desde el enero de 2018 que viene siendo atendido por un desgarro retinal del ojo derecho y fotocoagulación laser, por lo que se ordenó consulta de control para junio de 2018 sin que hubiera sido atendido, por cuanto la entidad le indicaba que no era posible atender su cita, razón por la que interpuso dos quejas ante la entidad y ante la Superintendencia.

La demandada solo autorizó el control el 6 de noviembre de 2018 en el Instituto Oftalmológico de Salamanca (fl. 8) en el que se sugirió valoración por subespecialista en retina y vítreo que era el indicado para la valoración de la condición clínica del paciente, por lo que el demandante tramitó la autorización ante CRUZ BLANCA EPS quien le respondió mediante correo que no requería autorización, pero al momento de agendar la cita le informaron que no había convenio con la EPS.

También se acredita que por presentar pérdida súbita de la visión el demandante fue a consulta particular de Optometría el 21 de diciembre de 2018 (fl. 9) donde se le remitió de manera urgente a oftalmología especialista en retina y vítreo y el 4 de enero de 2019 (fl.10) momento en que se le dio incapacidad entre el 21 de enero y el 4 de febrero de 2019 por desprendimiento de la retina. Ahora, según la certificación expedida por el médico Oftalmológico Especialista vítreo-retina se tiene que la situación era urgente y ponía en riesgo la visión del actor si no se trataba de inmediato el padecimiento, por lo que se ordenó "vitrectomía posterior con pelaje de membrana interna con membran blue dual, aplicación de la retina endolaser y gas, extracción de catarata por faco y fotocoagulación laser ambos ojos", para limitar el desprendimiento de la retina en el ojo derecho y limitar el desprendimiento en el ojo izquierdo (fl.12)

A folio 22 obra respuesta dada por CRUZ BLANCA EPS al actor el 6 de febrero de 2019, donde responde la solicitud presentada el 21 de diciembre de 2019 a las 10:29 am., esto es, en la misma fecha en que acudió a la cita particular de Optometría; respecto del procedimiento de oftalmología donde le confirman programación de consulta retinología para el 15 de febrero de 2019 en el Centro Médico La Castellana IPS Exilaser y a folio 36 se observa la certificación expedida por el médico tratante de la Sociedad Oftalmológica OF IPS SAS donde manifiesta que el actor fue atendido de manera urgente en consulta particular el 4 de enero de 2019, que se trató de

una urgencia con el fin de evitar la ceguera y no se realizó el proceso de referencia y contrareferencia ya que es una entidad particular.

De las pruebas mencionadas se concluye que el cuadro clínico presentado por el demandante era una urgencia oftalmológica, conforme al concepto técnico visto a folio 45, que indica que de no tratarse inmediatamente o en su defecto en forma precoz le produciría un deterioro significativo o pérdida irreversible de la visión.

Así las cosas, no considera la Sala que la falta de orden previa por parte de la EPS, haga nugatorio el reembolso de los gastos médicos en que tuvo que incurrir el actor por la urgencia oftalmológica que se le presentaba, pues fue debido precisamente a la falta de cumplimiento por parte de la EPS a la accesibilidad al servicio de salud que el actor no pudo obtener la autorización para utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues no obstante las quejas que interpuso, incluso ante la SUPERINTEDECENCIA solo hasta el 15 de febrero de 2019 le dio la programación para la consulta con retinología, razón por la que debió acudir en consulta particular, lo que demuestra que existió una negativa injustificada y negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con su usuario.

De lo anterior colige La Sala que el reembolso deprecado se justifica en la negligencia de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones con su usuario para tener acceso a los servicios que requería ante la dificultad médica que constituye un evento prioritario, tal como lo señaló el A quo, sin que la recurrente acreditara haber cumplido con sus obligaciones de prestación de los servicios y haber dado una oportuna atención en el tratamiento que requería, constituyendo una limitación en el acceso del servicio.

En consecuencia, La Sala confirma el proveído apelado.

COSTAS

Sin costas en la alzada.

DECISIÓN

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 proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación el día 21 de junio de 2019, por las razones expuestas en la parte motiva de este proveído.

SEGUNDO. - COSTAS Sin costas en la alzada.

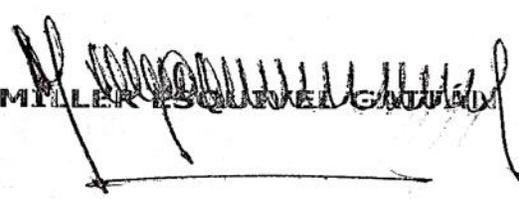
CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.



LUIS CARLOS GONZÁLEZ VELÁSQUEZ



JOSÉ WILLIAM GONZÁLEZ ZULUAGA



MILLER ESQUIVEL GUTIERREZ