

TEMA: REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS - las Entidades Promotoras de Salud están obligadas por disposición legal a efectuar el reconocimiento económico de los gastos que hubiesen tenido que asumir los afiliados en tres casos puntuales. / **ATENCIÓN POR URGENCIAS** /

HECHOS: La actora petitionó ante la Superintendencia Nacional de Salud, que se condene a SAVIA SALUD EPS a reconocer y pagar los gastos de salud en los que ha incurrido por atención en urgencias en la IPS con la cual la demandada no tiene el respectivo contrato para la prestación de servicios a sus afiliados. Mediante Sentencia, la Superintendencia Nacional de Salud accedió a las pretensiones de la demanda, ordenando a SAVIA SALUD EPS el reconocimiento y pago de los gastos médicos en favor de la demandante. Debe la sala verificar si hay lugar a imponer a dicha entidad el reembolso de los gastos médicos en los que incurrió la demandante al acudir de manera particular a valoración por la especialidad médica de “oftalmología”.

TESIS: Se establece dentro de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la regulación del acceso al servicio de salud, propiciando las condiciones para que la población pueda acudir a todos los niveles de atención, garantizándose por parte de las EPS, la prestación de los servicios incluidos en el hoy denominado Plan de Beneficios de Salud, y de urgencias, esto, por intermedio de las IPS. (...) La atención por urgencias es una modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad. (...) Las Entidades Promotoras de Salud están obligadas por disposición legal a efectuar el reconocimiento económico de los gastos que hubiesen tenido que asumir los afiliados 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. 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. Una vez se determine la ocurrencia de cualquiera de las situaciones expuestas, el afiliado está facultado para solicitar a su correspondiente entidad promotora de salud el reembolso a que haya lugar. (...) En esa dirección, para la Sala resulta más que comprensible, que, ante la noticia de la gravedad de su patología, y los riesgos que corría de no recibir atención especializada y quirúrgica perentoria, a saber, la pérdida absoluta de la visión de carácter irreversible, en razón a su intención de obtener la inmediata atención que necesitaba para minimizar el impacto causado por esa afección ocular, accediera a echar mano de sus propios recursos para pagar el importe de la atención requerida, más aún cuando obraba el concepto del galeno tratante, el cual, en palabras de la Corte Constitucional “...es el principal elemento para la orden o suspensión de servicios de salud. De manera que no son las EPS e IPS, así como tampoco el juez constitucional, quienes están autorizados para desatender la prescripción médica sin justificación suficiente, sólida y verificable, que pueda contradecir la apreciación del profesional de salud, conocedor de las condiciones particulares del paciente.”, pues lo que estaba en juego era su integridad, circunstancias más que evidentes que conllevan a mantener la orden de reembolso.

MP. MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA

FECHA: 31/01/2024

PROVIDENCIA: SENTENCIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



SALA TERCERA DE DECISIÓN LABORAL
MAGISTRADA PONENTE: MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA

PROCESO	FUNCIÓN JURISDICCIONAL SUPERINTENDENCIA DE SALUD
DEMANDANTE	FANNY DE JESÚS GARCÍA DE FORONDA
DEMANDADOS	SAVIA SALUD EPS
RADICADO	05001-22-05-000-2023-00163-00
SEGUNDA INSTANCIA	IMPUGNACIÓN DEMANDADA
TEMAS Y SUBTEMAS	Reembolso gastos médicos – Atención por Urgencias.
DECISIÓN	CONFIRMA

SENTENCIA No. 005

Medellín, treinta y uno (31) de enero de dos mil veinticuatro (2024)

En atención a lo previsto en el decreto 806 de 2020 convertido en legislación permanente a través de la Ley 2213 de 2022, una vez discutido y aprobado en la SALA TERCERA DE DECISION LABORAL el presente asunto, según consta en Acta N°+++ de 2022, se procede a dictar sentencia en orden a resolver el RECURSO DE APELACIÓN interpuesto por la apoderada judicial de **SAVIA SALUD EPS**, respecto de la sentencia No. S2023-000501 del 20 de abril de 2023, proferida por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

Se reconoce personería a la abogada **CATALINA SÁNCHEZ ÁLVAREZ**, identificada con T.P. No. 149.182 del C.S. de la J. para que actúe como apoderada de **SAVIA SALUD EPS** hoy liquidada, en los términos y para los efectos del poder conferido, visible a folio 12 a 23 Archivo 06 ED Tribunal.

ANTECEDENTES

La señora **FANNY DE JESÚS GARCÍA DE FORONDA**, a través de la señora Maribel García Foronda, petitionó ante la Superintendencia Nacional de Salud, que se condene a **SAVIA SALUD EPS** a reconocer y pagar los gastos de salud en los que ha incurrido por atención en urgencias en la IPS con la cual la demandada no tiene el respectivo contrato para la prestación de servicios a sus afiliados.

Fundamentó su pretensión en que, desde el 9 de noviembre de 2020 debió acudir a consulta de manera particular por la especialidad de oftalmología, como quiera que presentaba afección en su ojo izquierdo que requería atención urgente, asistencia que en la **EPS SAVIA SALUD** no obtendría dada la tramitología y demora de esta entidad.

En este punto resaltó que, pese a su condición de diabetes, y la posibilidad de desarrollar glaucoma, nunca fue remitida a valoración por el especialista. Que ante el evento de urgencia presentado, acudió al profesional de la salud respectivo, el cual le señaló como diagnóstico el padecimiento de “*glaucoma primario de ángulo abierto*”, remitiéndola a valoración por el especialista en retina.

Que con mucha angustia, desconcierto y esfuerzo acudió a la consulta por dicha especialidad, atención en la que se concluyó: “*urgente implante de válvula Ahmed (...), de no abordarse en tiempo perentorio corre el riesgo de glaucoma absoluto con pérdida de visión y de carácter irreversible*”.

Agotado lo anterior, expresó que en atención a la complejidad de su diagnóstico, y con base en su derecho a la atención en salud, asistió a la **EPS SAVIA SALUD**, en la cual recibió atención por medicina general y remisión a oftalmología por la patología de “*glaucoma de ángulo abierto*”. Que en virtud de ello, se dispuso a llevar la orden médica al centro de autorizaciones de la demandada, sitio en el que le fue informado que debía esperar un plazo de 10 días para obtener la respectiva autorización. En ese sentido, indicó que lo sabido es que, luego del tiempo de espera, la acción siguiente es comunicarse telefónicamente con la entidad que tenga convenio la EPS a efectos de agendar la cita para recibir la atención, lo cual puede tardar meses, incluso siendo prioritaria. En ese caso, afirmó que esperó hasta el 12 de noviembre de 2020, fecha en la que presentó derecho de petición a la accionada con miras a que le proporcionara atención prioritaria.

No obstante, manifestó que, dada las circunstancias de tiempo de cara a la realización del procedimiento requerido, se desencadenó aflicción, angustia y episodios de depresión en ella y toda su familia, decidiendo con mucho esfuerzo asumir de manera particular la intervención quirúrgica que requería su estado de salud, y pese a realizar ante la accionada la reclamación de reembolso de lo pagado allí, no obtuvo resultado positivo (Archivo Demanda ED).

TRÁMITE PROCESAL

A través del Auto No. A2022-001654 del 28 de junio de 2022, la Superintendencia Nacional de Salud admitió la demanda, disponiéndose la notificación de la pasiva (Archivo Auto Admisorio ED).

POSICIÓN DE LA ACCIONADA

Al contestar la demanda, **SAVIA SALUD EPS** se opuso a la prosperidad de lo reclamado por la accionante, argumentando que lo solicitado por esta no era procedente, toda vez que los servicios prestados no corresponden a atención de urgencias, sino a un procedimiento ambulatorio, los cuales, de manera libre y consciente fueron asumidos de modo particular, decisión de la que no puede desprenderse incumplimiento, negligencias por parte de la EPS, más cuando esta ha obrado acorde a lo dispuesto en la normativa vigente, esto es, disponiendo la autorización y garantía de todas las atenciones de los servicios ordenados por el médico tratante inscrito en la entidad.

En ese sentido, expuso que, al verificar las facturas presentadas con la demanda, estas datan de los días 9, 11 y 13 de noviembre de 2020, no siendo coherente alegar o inferir una actitud negligente de parte de esta entidad, dado que en realidad no existe negativa de acceso a los servicios, por cuanto valoró inicialmente a la paciente el 10 de noviembre de 2020, pero esta decidió realizarse el procedimiento de manera particular el 13 de noviembre de la misma anualidad.

De otro lado, expuso que, si bien es cierto que las EPS son las responsables de garantizar el acceso a los servicios en salud a su población afiliada en condiciones de oportunidad y eficiencia, también es claro que los usuarios se encuentran en el deber de ejercer el respectivo trámite o solicitud de servicios médicos ante la EPS para acceder a los servicios de salud, por los diferentes medios autorizados para ello (Archivo Respuesta Savia Salud ED).

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

Mediante Sentencia No. S2023-000501 del 20 de abril de 2023, la Superintendencia Nacional de Salud accedió a las pretensiones de la demanda, ordenando a **SAVIA SALUD EPS** el reconocimiento y pago en favor de la señora **FANNY DE JESÚS GARCÍA DE FORONDA** de la suma de \$7.304.000.

Para arribar a esta decisión, luego de mencionar lo atinente al derecho a la salud, los principios que guían la prestación de este servicio, al igual que las condiciones en que puede acudir al reconocimiento económico de los gastos a cargo de las EPS, precisó que en el caso de la demandante, adulta mayor que goza de especial protección según la Jurisprudencia Constitucional, al verificar la documental allegada al plenario, encontró que esta requirió atención urgente por oftalmología, servicio financiado en el PBS con cobertura de la UPS, esto en razón al padecimiento de “*glaucoma de ángulo abierto*”, calificado como neuropatía óptica, caracterizada por cambios de la papila y deterioro del campo visual, acompañada o no de hipertensión ocular; agregando que, si bien sus inicios son asintomáticos, es de suma importancia su tratamiento y diagnóstico oportuno, de cara a evitar la progresión y llegar a la ceguera.

En ese sentido, expresó que la demandada incurrió en un incumplimiento frente a las obligaciones de aseguramiento en salud para con la afiliada, en la medida que no administró el riesgo económico de salud, y tampoco gestionó el riesgo como tal en salud, cuando la demandante se hallaba en urgencia oftalmológica del ojo izquierdo con riesgo de ceguera permanente, es decir, no garantizó la prestación efectiva de los servicios ordenados por el médico tratante de la ESE METROSALUD, quien la remitió con carácter urgente a medicina especializada de oftalmología, subespecialidad de retinología, debiendo asumir con su propio peculio el costo de los procedimientos quirúrgicos denominados “*inyección intravitrea de sustancia terapéutica*” e “*inserción de dispositivo vía interna (válvula de Ahmed)*”, carga que consideró injusta al no garantizar la especial protección constitucional, legal y convencional de la que es titular la accionante.

Lo anterior, indicó, porque la prueba documental reflejaba que la señora **GARCÍA DE FORONDA** consultó de manera particular en la ESE METROSALUD por molestias y alteración de la visión en ojo izquierdo, recibiendo manejo con medicamentos. Posteriormente, el 9 de noviembre siguiente, consultó nuevamente de modo particular por Oftalmología en la Clínica Clofán, institución en la que le fue diagnosticado “*glaucoma primero de ángulo abierto*”, siendo prescrita consulta prioritaria por oftalmología, encontrándose, además, registro de atención del 10 de noviembre de 2020 por medicina general, en razón de su afiliación a la EPS accionada, valoración a la que acudió con la finalidad de ser remitida al oftalmólogo, escenario en el que puso de presente el concepto médico anterior, conociendo plenamente sobre la necesidad de la consulta especializada en términos de inmediatez y urgencia.

Así mismo, resaltó que en consulta en la Clínica Clofán del 11 de noviembre de 2020 (Oftalmólogo / Retina – Vítreo), el profesional de la salud destacó la urgencia del procedimiento médico referido, ante el riesgo de pérdida total de la visión de manera irreversible, condiciones no atendidas por la EPS, pues pese a que la actora radicó ante la demandada petición para el agendamiento prioritario, no encontró una solución rápida a su

situación, ni siquiera porque desde el 9 de noviembre de 2023 ya se hablaba de estar pasando la actora por una urgencia como tal, misma que, desde el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, se establece que debe ser prestada por todas las entidades públicas y privadas que provean servicios de salud, y los costos que de esta deriven están en cabeza de las EPS. De igual forma, señaló que la Ley 1751 de 2015 precisa los derechos y deberes de las personas en relación con los servicios de salud, consagrando en su artículo 14 la prohibición de negar el acceso a estos, y mucho menos cuando se trate de atención de urgencias.

Acto seguido, frente a lo argüido por la demandada en torno a que la demandante por voluntad propia acudió a los servicios particulares para realizar consultas y procedimientos médicos, señaló que no era cierto, toda vez que la citada arrojó petición a la EPS el 11 de noviembre de 2020 solicitando la programación de cita prioritaria, acudiendo en esa calenda a valoración con el especialista en oftalmología, oportunidad en la que recomendó la intervención referida, la cual fue llevada a cabo el 13 de noviembre.

En este punto, citó lo dispuesto en los artículos 123 y 124 del Decreto 019 de 2012, reglamentados por la Resolución 1552 del 14 de mayo de 2013, relativos a las agendas abiertas que debe tener las EPS para la asignación de citas, mencionando que, pese a no establecerse un tiempo específico para la fijación de citas médicas, en el especial caso de la accionante, ello no era óbice para que la demandada no tuviera en consideración que el cuadro clínico de la paciente convocaba una urgencia, y si bien le otorgó la valoración para el día 20 de noviembre de 2020, siendo que para ese momento se había realizado incluso la cirugía requerida, lo que quiere decir que la atención no se gestionó en un periodo corto de tiempo y en la oportunidad necesaria, de acuerdo con lo descrito, dado el alto riesgo de pérdida visual total. De ahí que concluyó el *A quo*, la EPS era responsable de la carga económica que en su momento trasladó a la usuaria, ello por valor de \$7.304.000, según los gastos demostrados en el proceso. (Archivo Sentencia ED).

RECURSO DE APELACIÓN

Inconforme con la decisión adoptada por la *Superintendencia Nacional de Salud*, el apoderado de **SAVIA SALUD EPS** solicitó su revocatoria, tras manifestar que, contrario a lo concluido en la sentencia, de parte de esta entidad de realizaron todas las gestiones para cumplir con la atención del servicio requerido por la reclamante; no obstante, aquella de manera libre y voluntaria, pese a autorizarle los servicios, prefirió realizarlos de manera particular, tornándose infundado el reembolso.

Precisó que, en cumplimiento de la normatividad, a la demandante le fueron autorizados, tanto la consulta de primera vez por oftalmología (glaucomatologo). Al igual que el procedimiento “*reparación asistida de lesión retinal vía interna*”, con lo cual cumplió con lo dispuesto por el médico tratante inscrito a la EPS, en un término prudente, coligiéndose que no hubo negativa injustificada o negligencia demostrada en el caso de la usuaria. En ese sentido, anotó que la Juzgadora de primera instancia desconoció las pruebas aportadas, imponiendo a la entidad el pago de un servicio prestado (Archivo Impugnación ED).

ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

Dentro del término otorgado, la Coordinadora de Garantía de Derechos de **SAVIA SALUD EPS**, luego de hacer un relato cronológico de la atención médica recibida por la demandante, indicó que la entidad obró de conformidad con los principios de oportunidad, continuidad e integralidad en la atención requerida por la paciente, como quiera que realizó las autorizaciones de todos los servicios prescritos (consulta de primera vez en oftalmología y procedimiento quirúrgico denominado “*reparación asistida de lesión retinal vía*

interna”), cumpliendo y garantizando todas las atenciones de los servicios médicos ordenados por el profesional tratante inscrito a la EPS. De ahí que, insistió en la posición sostenida desde la contestación, en torno a que el reembolso peticionado es infundado. Por último, refirió que la demandante no interpuso la solicitud de reembolso dentro del término estipulado en la Resolución 5261 de 1994 (Archivo 09 ED).

PROBLEMA (S) A RESOLVER

Del recurso enarbolado por **SAVIA SALUD EPS**, surge como problema jurídico a abordar por la Sala, verificar si hay lugar a imponer a dicha entidad el reembolso de los gastos médicos en los que incurrió la demandante al acudir de manera particular a valoración por la especialidad médica de *“oftalmología”* así como la realización del procedimiento denominado *“inyección intravitrea de sustancia terapéutica”* e *“inserción de dispositivo vía interna (válvula de Ahmed)”*.

CONSIDERACIONES

De conformidad con el párrafo 2° del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 en concordancia con el numeral 1° del artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, procede la Sala a resolver la impugnación presentada por **SAVIA SALUD EPS**.

A estas alturas, no es materia de debate dentro del presente asunto que:

- A la fecha la señora **FANNY DE JESÚS GARCÍA DE FORONDA** se encuentra vinculada al régimen subsidiado de salud a través de **SAVIA SALUD EPS** (Archivo Respuesta ED).
- Que de manera particular la demandante recibió atención en salud en la especialidad de oftalmología en la *Clínica Clofán* el 9 de noviembre de 2020, siendo diagnosticada con *“glaucoma primario de ángulo abierto”*, disponiéndose *“cita urgente por oftalmología por retina y glaucoma”* (Archivo 02 Demanda ED).
- En ese sentido, acudió a valoración por medicina general a la ESE METRO SALUD, en virtud de su afiliación a la EPS accionada, oportunidad en la que se dispuso remitirla a consulta de primera vez con oftalmología (Archivo 8 Demanda ED).
- Que el 11 de noviembre de 2020 presentó derecho de petición ante **SAVIA SALUD EPS** solicitando que, en virtud de la remisión descrita, el deterioro visual que presentaba, y la urgencia de su diagnóstico, le fuese asignada cita prioritaria por oftalmología (Archivo 9 Demanda ED).
- Que por razón de la urgencia dictaminada por el médico que la asistió, resolvió acudir a consulta particular con el oftalmólogo especialista en retina y vítreo, quien conceptuó *“glaucoma crónico en ambos ojos obstrucción central venoso de retina ojo izquierdo complicada con glaucoma neovascular a pesar de tratamiento (...), se recomienda urgente implante de válvula de Ahmed y terapia antioangiogenica con ranibizumab en ojo izquierdo de no abordarse en tiempo perentorio, corre el gran riesgo de glaucoma absoluto con pérdida total de la visión y de carácter irreversible”* (Archivo 7 Demanda ED).
- Que, ante lo indicado por el profesional de la salud en comentario, el 13 de noviembre de 2020 la señora **GARCÍA DE FORONDA** decidió practicarse

el procedimiento de “implante de válvula de Ahmed y terapia antioangiogenica con ranibizumab en ojo izquierdo”, intervención practicada por oftalmólogo de la Clínica Clofán (Archivos 10 y 11 Demanda ED).

- Acto seguido, la paciente recibió asistencia médica en la especialidad de oftalmología en razón de su vinculación al sistema de salud a través de **SAVIA SALUD EPS**, según muestran las historias clínicas correspondientes a los meses de diciembre de 2022, enero, febrero, marzo, agosto, septiembre, octubre noviembre y diciembre de 2021, así como los meses de febrero y julio de 2022 (Archivos 1 a 21 Respuesta Savia Salud ED).

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Lo primero a relieves por parte de la Sala es que, por disposición de los artículos 152 y 157 de la Ley 100 de 1993, se establece dentro de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la regulación del acceso al servicio de salud, propiciando las condiciones para que la población pueda acudir a todos los niveles de atención, garantizándose por parte de las EPS, la prestación de los servicios incluidos en el hoy denominado *Plan de Beneficios de Salud*, y de urgencias, esto, por intermedio de las IPS.

Precisamente, en función de las obligaciones en cabeza de las Empresas Promotoras de Salud, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 reza: “(...) *Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud (...)”.*

Bajo este panorama, importa traer a colación lo dispuesto en la Resolución 6408 del 26 de diciembre de 2016, vigente para la data de los hechos, en la cual se encuentran conceptualizadas en cierta medida las atenciones médicas, que, para lo concerniente a este caso, define: “(...) **5. Atención de urgencias:** *Modalidad de prestación de servicios de salud, que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad. (...)”.*

De otro lado, en cuanto a la obligación por parte de las Entidades Promotoras de Salud de reembolsar a sus afiliados los gastos en que estos hubieran tenido que incurrir por concepto de salud, se encuentra regulada en el **artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994**, proferida por el entonces Ministerio de Salud hoy *Ministerio de Salud y Protección Social*, que precisa los eventos en los que procede el citado reembolso y el trámite para ello, así:

“ARTÍCULO 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.” (Negrillas fuera de texto).

Se deriva de lo antelado con claridad que las Entidades Promotoras de Salud están obligadas por disposición legal a efectuar el reconocimiento económico de los gastos que hubiesen tenido que asumir los afiliados 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.
- 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.

Una vez se determine la ocurrencia de cualquiera de las situaciones expuestas, el afiliado está facultado para solicitar a su correspondiente entidad promotora de salud el reembolso a que haya lugar.

Ahora bien, el fundamento central de la **SAVIA SALUD EPS**, es que, de su parte, se realizaron todas las gestiones en procura de cumplir con la atención en salud requerida por la demandante, siendo voluntad de aquella acudir a los servicios particulares para realizarse los procedimientos ordenados. En ese sentido, explicó que ha autorizado varias atenciones en favor de la accionante como la consulta de primera vez por oftalmología (glaucomatologo), al igual que el procedimiento *“reparación asistida de lesión retinal vía interna”*, cumpliendo con lo prescrito por el médico tratante dentro de un término prudente, aspectos que dijo, fueron desconocidos en la decisión de primer grado.

Puestas de ese modo las cosas, tal como quedó puntualizado en los supuestos relevados de prueba, el día 9 de noviembre de 2020 la señora **GARCÍA DE FORONDA** ingresó a la *Clínica Clofán* por consulta prioritaria en la especialidad de oftalmología, momento en el que fue diagnosticada con el padecimiento de *“glaucoma primario de ángulo abierto”*, prescribiéndose *“cita urgente por oftalmología por retina y glaucoma”* (Archivo Historia Clínica Oftalmología – Respuesta Demandante ED). En virtud de ello, al día siguiente la paciente acudió a la ESE METROSALUD, relatando lo señalado en la atención de urgencia recibida anteriormente, así como lo considerado por el galeno en dicha valoración, por lo cual solicitó la remisión al oftalmólogo, según quedó reseñado en la historia clínica que refleja la atención recibida (f. 1 Archivo Historia Clínica Metrosalud – Respuesta demandante ED).

En ese momento, el médico general, además de reiterar el diagnóstico, efectuó la remisión a la especialidad de oftalmología con nota de justificación de *“URGENTE 93 años de edad”*, emitiendo la correspondiente orden médica (f. 6 a 7 Archivo Historia Clínica Metrosalud – Respuesta demandante ED), situación que llevó a la accionante a radicar ante **SAVIA SALUD EPS**, el día 11 de noviembre de 2020, solicitud de asignación

de cita con el mencionado especialista, aludiendo el deterioro visual que padece a raíz de la dolencia diagnosticada (Archivo Derecho de Petición ED).

Dada la premura de la atención requerida con la finalidad de tratar su patología, decidió asistir a consulta particular con el oftalmólogo especialista en retina y vítreo el mismo 11 de noviembre de 2020. En esta oportunidad el profesional en comento, dejó anotado el estado de la paciente con *“mala visión, dolor e inflamación en ojo izquierdo de 7 días de evolución”*. Frente a ello, determinó: *“glaucoma crónico en ambos ojos obstrucción central venoso de retina ojo izquierdo complicada con glaucoma neovascular a pesar de tratamiento (...), se recomienda urgente implante de válvula de Ahmed y terapia antioangiogenica con ranibizumab en ojo izquierdo de no abordarse en tiempo perentorio, corre el gran riesgo de glaucoma absoluto con pérdida total de la visión y de carácter irreversible”* (Archivo 7 Demanda ED).

Acto seguido, y apegada al concepto médico del especialista, y sin respuesta por este momento de parte de **SAVIA SALUD EPS**, la demandante resolvió realizarse el procedimiento indicado, de manera particular y con recursos propios, mismo que fue llevado a cabo el 13 de noviembre por parte del médico José David Palacín en las instalaciones de la Clínica Clófan (Archivos 5, 10 y 11 Archivo Demanda ED).

Frente a lo anterior, dentro del trámite de primera instancia, el *A quo* requirió a la *Clínica Clófan* a efectos de que esta rindiera informe en relación con la atención brindada en esta institución a la señora **FANNY DE JESÚS GARCÍA DE FORONDA**, entidad que manifestó lo siguiente:

“(...) El día 09/11/2020 la señora Fanny de Jesús Foronda, solicito consulta prioritaria de manera particular, siendo evaluada por los especialistas de la clínica Clófan, quienes la remitieron a especialidad de RETINA, la usuaria solicitó cita con el especialista, Doctor José David Palacin.

*La usuaria fue valorada por el Retinólogo José David Palacin en su consultorio particular, este determino el protocolo de atención a seguir, que consistía en la realización de los procedimientos: **INYECCIÓN INTRAVÍTREA DE SUSTANCIA TERAPÉUTICA + INSERCIÓN DE DISPOSITIVO VÍA EXTERNA**, procedimientos que fueron cubiertos con sus propios recursos por la señora FANNY DE JESUS GARCÍA DE FORONDA; dinero que ella entregó directamente al médico para que este a la vez, realizará los trámites administrativos de atención con la Clínica Clófan. (...)*”.

Bajo el panorama descrito, encuentra la Sala que, si bien le asiste razón a la impugnante en lo relacionado con que la demandante, no acudió ante la EPS a efectos de agotar el trámite administrativo con miras a obtener la atención ordenada por el galeno tratante, lo cierto es que, esta circunstancia no tiene la contundencia necesaria para derruir la determinación asumida en sede de primera instancia.

Así se considera, primero, porque de las pruebas rememoradas y la información recaudada dentro del trámite sumario, la atención requerida por la paciente, y de la cual terminó asumiendo su costo, aparece catalogada dentro del ordenamiento legal como **urgencia**, pues estaba comprometida su visión con ineludible riesgo de sufrir consecuencias irreversibles en caso de no ser intervenida con prontitud, evento en el que, el servicio o la atención de salud dispuesta por el profesional de la salud, hace que cobre mayor relevancia su necesidad e inminente materialización, frente al cual incluso, la misma legislación, *verbigracia*, en el artículo 120 del Decreto 019 de 2012, impone que el trámite de autorizaciones o actuaciones administrativas que deban ejecutarse para un paciente atendido en urgencias debe agotarse entre IPS y EPS, sin inmiscuir o trasladar esa carga al

afectado, punto en el que no puede liberarse de responsabilidad a la recurrente con la simple mención del deber en cabeza de la actora de procurar la autorización respectiva, cuando por su condición física, tratándose además de sujeto de especial protección por su avanzada edad, por demás vulnerable en ese momento, y la previsión legal en comento, estaba desligada del asunto.

En segundo lugar, es pertinente anotar que, la **EPS** implicada, **además de no discutir que el procedimiento recibido por la accionante se encuentra incluido dentro del Plan de Beneficios de Salud - PBS**, y de por sí, en su función de aseguramiento en el ámbito de salud debía concurrir a garantizarlo, tampoco logra acreditar que el actuar de la demandante fue caprichoso o antojadizo en pretender ser atendida en la especialidad de oftalmología, pues de hecho acudió a recibir atención médica por cuenta de su afiliación al sistema de salud, momento en el cual puso en conocimiento lo conceptuado por el oftalmólogo y la complejidad de su cuadro clínico, aspecto que, en efecto, fue corroborado por el profesional de la salud que la valoró en la ESE METROSALUD, disponiendo entonces la remisión a oftalmología con mensaje de urgencia (f. 1 Archivo Historia Clínica Metrosalud – Respuesta demandante ED).

De hecho, tampoco aparece derruido el contenido de la historia clínica en el sentido de contradecir que las dolencias de la señora **GARCÍA DE FORONDA** no estaban revestidas de la condición de urgencia, a efectos de poder concluir que la demandante no tenía impedimento para adelantar todo el trámite que corresponde ante su EPS a fin de lograr la autorización de servicios.

En esa dirección, para la Sala resulta más que comprensible, que, ante la noticia de la gravedad de su patología, y los riesgos que corría de no recibir atención especializada y quirúrgica perentoria, a saber, la pérdida absoluta de la visión de carácter irreversible, en razón a su intención de obtener la inmediata atención que necesitaba para minimizar el impacto causado por esa afección ocular, accediera a echar mano de sus propios recursos para pagar el importe de la atención requerida, más aún cuando obraba el concepto del galeno tratante, el cual, en palabras de la Corte Constitucional “(...) *es el principal elemento para la orden o suspensión de servicios de salud. De manera que no son las EPS e IPS, así como tampoco el juez constitucional, quienes están autorizados para desatender la prescripción médica sin justificación suficiente, sólida y verificable, que pueda contradecir la apreciación del profesional de salud, conocedor de las condiciones particulares del paciente (...)*” (T-017 de 2021), pues lo que estaba en juego era su integridad, circunstancias más que evidentes que conllevan a mantener la orden de reembolso.

De suerte que, itera la Colegiatura, siendo un indiscutido que la cobertura económica del POS hoy PBS se extiende hasta los servicios prestados a la demandante, y son con cargo a la EPS, dada su tipicidad dentro de la dimensión del derecho a la salud, es claro que, como lo fue para la autoridad juzgadora en primer grado, la demandada está en la obligación de reembolsar a la demandante lo cancelado para cubrir la atención médica referida, despachándose desfavorablemente su recurso, sin lugar a revisar el monto económico de la condena, al no haber sido objeto de impugnación.

Igual suerte corre lo argüido en los alegatos de conclusión por parte de la accionada, en torno a que la demandante presentó por fuera del término la solicitud de reintegro de recursos, como quiera que no fue un aspecto incluido dentro de los reparos blandidos en la alzada.

Consecuencia de lo anterior, habrá de confirmarse la sentencia de primer grado, Las costas de esta instancia estarán a cargo de **SAVIA SALUD EPS**, tasadas en el equivalente a MEDIO (1/2) SMLMV.

Sin que sean necesarias más consideraciones, la **SALA TERCERA LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE MEDELLIN**, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la ley,

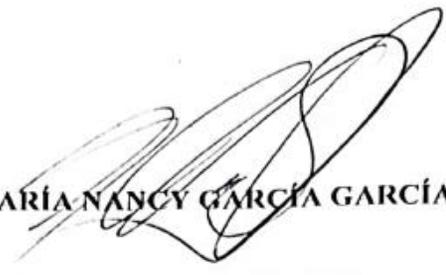
RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la Sentencia No. S2023-000501 del 20 de abril de 2023, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud.

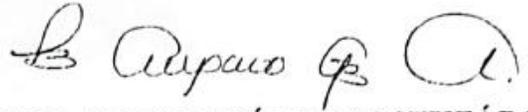
SEGUNDO: COSTAS en esta instancia judicial a cargo de la **SAVIA SALUD EPS**, tasadas en el equivalente a **MEDIO (1/2) SMLMV**.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,


MARÍA NANCY GARCÍA GARCÍA


ORLANDO ANTONIO GALLO ISAZA


LUZ AMPARO GÓMEZ ARISTIZÁBAL