

**TEMA: INTEGRALIDAD EN SALUD** - los servicios y tecnologías en salud deber ser suministrados de manera completa, sin que pueda fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud y en caso de duda sobre su alcance, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo medico. / **REEMBOLSOS EN ATENCIÓN A URGENCIAS**- procede 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. y cuando hay incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la E.P.S, para cubrir las obligaciones respecto a sus usuarios.

**HECHOS:** la Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, resolvió no acceder a la pretensión del demandante, explicando en términos generales que el afiliado dejó de lado los servicios ofertados y garantizados en la red de Sanitas EPS, acudiendo a los mismos prestadores que esta garantizaba pero a título particular. El demandante interpuso recurso de apelación, sosteniendo que conforme a concepto técnico científico, los lentes intraoculares multifocales están incluidos en la UPC del régimen contributivo y subsidiado, no le corresponde al paciente definir qué insumos se utilizan en una cirugía, responsabilidad que está a cargo del cirujano tratante; en las normas vigentes se define que todos los insumos de las cirugías están incluidos en el plan de beneficios en salud; no hubiera sido posible la intervención de catarata sin pagar de manera anticipada, de otra manera no programarían la operación.

**TESIS:** La Ley Estatutaria 1751 de 2015, reconoce la salud como un derecho fundamental que comprende el acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. En su artículo 8º regula lo referente a la integralidad, indicando que los servicios y tecnologías en salud deber ser suministrados de manera completa, sin que pueda fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud y en caso de duda sobre su alcance, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. (...). En lo relativo al reconocimiento de reembolsos, el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 establece que las entidades prestadoras de salud deberán reconocer los gastos efectuados por el afiliado, 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 cuando hay incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud, para cubrir las obligaciones respecto a sus usuarios (...) la Resolución No 002292 del 23 de diciembre de 2021 “por la cual se actualizan y se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en su Anexo No 2 (listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC), numeral 13.0.0. incluye “extracción intracapsular o extracapsular de cristalino” y en el numeral 13.7.0. “inserción de lente intraocular”, sin hacer referencia a un tipo de lente específico, (...) como aduce la demandada y tampoco aparece excluido de manera expresa el lente intraocular multifocal pan optix que fue el adaptado al afiliado. (...) esta Judicatura no encuentra demostrado que el afiliado hubiere rechazado o desatendido las autorizaciones emitidas por la EPS Sanitas y que en su lugar, haya optado por acudir a servicios particulares; pues tal como quedó explicado, la demandada aceptó haber autorizado la prestación de los servicios con la IPS NEUROMÉDICA, solo que la limitó a la implantación de un lente convencional imponiendo al afiliado asumir con sus propios recursos, el costo del lente ordenado y

adaptado por el médico tratante, quien se encuentra legalmente facultado para recomendar o prescribir lo que más convenga a la salud del paciente, más tratándose de la mejora en la parte visual de un afiliado; procedimiento incluido en el plan de beneficios cubierto con cargo a la unidad de pago por capitación; por tanto, con la actuación de la EPS demandada se vulneraron los principios de cobertura y eficiencia, para proveer el servicio de salud de manera oportuna, completa e integral, con acceso a las tecnologías requeridas que le garanticen una atención de alta Calidad.

M.P. MARÍA EUGENIA GÓMEZ VELÁSQUEZ

FECHA: 12/01/2024

PROVIDENCIA: SENTENCIA

## **SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL**

Medellín, doce (12) de enero de dos mil veinticuatro (2024)

### **SENTENCIA**

**Proceso** : **Sumario – SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**  
**Demandante** : **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO**  
**Demandado** : **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.**  
**Radicado** : **05001 22 05 000 2023 10071 00**  
**Temas y Subtemas** : Seguridad Social -Reembolso gastos médicos-  
**Decisión** : Revoca Decisión Absolutoria  
**Sentencia No** : 001

En la fecha antes anotada el **TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN, SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL**, conformada por los Magistrados **CARLOS ALBERTO LEBRÚN MORALES, VÍCTOR HUGO ORJUELA GERRERO y MARÍA EUGENIA GÓMEZ VELÁSQUEZ**, como ponente, previa deliberación, adoptó el proyecto presentado, que se traduce en la siguiente decisión<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> De conformidad con lo establecido en la Ley 2213 del 13 de junio de 2022 “...Por medio de la cual se establece la vigencia permanente del decreto legislativo 806 de 2020 y 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 y se dictan otras disposiciones...”, que modificó el trámite en los procesos de la jurisdicción Laboral.

## **ANTECEDENTES**

### **Pretensiones:**

**Se ordene el reconocimiento de \$7.104.200, valor asumido para adquirir con sus propios recursos los lentes intraoculares multifocales para el reemplazo de cristalinos de ambos ojos por catarata bilateral.**

### **Hechos relevantes de la demanda:**

Sostiene el señor Torres Orozco que **la EPS Sanitas no le reconoció el valor de los lentes intraoculares multifocales** que le fueron adaptados, **luego de la extracción de cataratas** en ambos ojos, pese a que los conceptos técnico-científicos y normativos concluyen que **están incluidos en el plan de beneficios**, por lo que **debió pagarlos con recursos propios** para que lo pudieran operar y así recuperar su visión.

### **Respuesta a la demanda:**

**La Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.S.** a través de representante legal para asuntos judiciales, expuso que **la solicitud de reembolso corresponde a valores asumidos de manera particular por el señor Javier Esteban Torres Orozco en cuantía de \$7.104.200**, por concepto de gastos particulares **sin mediar autorización de la EPS, por compra de lentes intraoculares no convencionales**; solicitud

que califica como improcedente, ya que no existe fundamento normativo para lo pretendido, pues la EPS generó las autorizaciones correspondientes en los tiempos establecidos y el paciente a *motu proprio*, asumió los gastos para la compra de lente *Faco+ LIO OI con LIO ACRYSOFA IQ PANOPTIXA + CARTUCHO D +221,0*; ha brindado las prestaciones médico asistenciales requeridas según su estado de salud y órdenes del profesional tratante; **detalla que el procedimiento autorizado incluye la inserción de lente convencional y el excedente de lente intraocular multifocal pan optix debe ser cubierto por el usuario**; sin que se trate de una atención por urgencias, la EPS nunca autorizó un lente que no fuera el convencional, no hubo incapacidad, imposibilidad, negligencia o negativa injustificada del servicio.

### **Decisión proferida por la Superintendencia Nacional de Salud:**

Mediante Providencia S2023-001141 del 5 de octubre de 2023, remitida a esta Corporación el día 6 de diciembre de este año y recibido por esta Judicatura el día 13 del mismo mes y año (archivo 01 C02), **la Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, resolvió no acceder a la pretensión del demandante, explicando en términos generales que el afiliado dejó de lado los servicios ofertados y garantizados en la red de Sanitas EPS, acudiendo a los mismos prestadores que esta garantizaba pero a título particular.**

### **Recurso de Apelación del demandante:**

**Sostiene que** conforme a concepto técnico científico, **los lentes intraoculares multifocales están incluidos en la UPC del régimen contributivo y subsidiado, no le corresponde al paciente definir qué insumos se utilizan en una cirugía, responsabilidad que está a cargo del cirujano tratante;** en las normas vigentes se define que **todos los insumos de las cirugías están incluidos en el plan de beneficios en salud;** no hubiera sido posible la intervención de catarata sin pagar de manera anticipada, de otra manera no programarían la operación; refiere a que el Fallo se profirió en favor de la EPS Sanitas porque ésta generó confusión, al decir que la cirugía estaba autorizada y no hubo problemas con la oportunidad, cuando el tema en discusión era si los insumos de una cirugía, como los lentes intraoculares multifocales, están o no incluidos en el plan de beneficios, **costos que aduce, no se pueden trasladar al paciente.**

Agotado el trámite procesal correspondiente a este tipo de procesos y sin que se aprecie causal alguna de nulidad que invalide la actuación, se procede a resolver el asunto de fondo, previas las siguientes,

### **CONSIDERACIONES**

La competencia de esta Corporación está dada por el numeral 1° del artículo 30 del Decreto 2462 de 2013, según el cual, es función del Despacho del Superintendente Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, entre otras: “...1. Conocer a petición de parte y fallar en derecho, con carácter definitivo en primera instancia y con las facultades propias de un juez, los asuntos contemplados en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011 y en las demás normas que la reglamenten, modifiquen, adicionen o sustituyan. **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...**”. (Negritas fuera del texto).

Por su parte, la Sala de Casación Laboral de la H. Corte Suprema de Justicia en Sentencias STL5150-2014 Radicación 36022 y STL10858-2015 Radicación 40800, señaló que es competente esta Corporación para conocer de la apelación formulada, pues de un lado, el asunto se tramitó en vigencia de la Ley 1438 de 2011 y del Decreto 2462 de 2013, que solo refiere a procesos de Primera Instancia, sin consideración a la cuantía y de otro, conforme a lo afirmado en la demanda, el recurrente tiene su domicilio en la ciudad de Medellín.

### **Conflicto Jurídico:**

**El asunto a dirimir consiste en verificar si procede revocar la Decisión proferida por la Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la cual, negó el reembolso de gastos médicos asumidos en forma**

**particular por el demandante, para la adaptación de lentes intraoculares multifocales para el reemplazo de cristalinos de ambos ojos, por catarata bilateral.**

**Encontrando esta Sala de Decisión procedente revocar la providencia recurrida;** por las siguientes razones:

### **Antecedentes legales y jurisprudenciales:**

La **Ley Estatutaria 1751 de 2015**, reconoce la salud como un derecho fundamental que comprende el acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. En su **artículo 8º** regula lo referente a la **integralidad**, indicando que **los servicios y tecnologías en salud deben ser suministrados de manera completa**, sin que pueda fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud y en caso de duda sobre su alcance, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada<sup>2</sup>.

Por su parte, el **artículo 10º ibídem**, establece los **derechos de las personas, relacionados con la prestación del**

---

<sup>2</sup> “...**ARTÍCULO 8º. LA INTEGRALIDAD.** Los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.

En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada...”.

**servicio de salud**, entre ellos a la provisión y acceso oportuno a las tecnologías requeridas: “... a) A **acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad**; ... e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley; ... i) A **la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos**; ... p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio; ...” (Negritas fuera de texto).

En lo relativo al **reconocimiento de reembolsos**, el **artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994** establece que **las entidades prestadoras de salud deberán reconocer los gastos efectuados por el afiliado**, 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 cuando hay **incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud, para cubrir las obligaciones respecto a sus usuarios**; veamos:

*“...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...”.*

**En el asunto bajo estudio, la Superintendencia Nacional de Salud a través de su Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, explicó** que no desconoce los síntomas y el diagnóstico presentado por el señor Javier Esteban, si no que conforme a las normas legales vigentes las causales del reconocimiento económico operan en casos excepcionales, pues **el sano entendimiento de la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud es que el afiliado primero acuda a las clínicas y médicos ofrecidos por su EPS en el territorio nacional, concluyendo que en este caso no ocurrió así, por cuanto la situación que generó los gastos médicos del demandante obedeció a la dejación de los servicios ofertados y garantizados en la red de Sanitas EPS, acudiendo a los mismos prestadores que esta garantizaba pero a título particular** y por lo tanto, la demandada no está obligada a asumir la cobertura de dichos gastos.

**Conclusión de la cual difiere esta Sala de Decisión Laboral,** encontrando que la razón está de parte del demandante, quien al sustentar el recurso de apelación expone que *los lentes intraoculares multifocales están incluidos en la UPC del régimen contributivo y subsidiado, sin que pueda trasladarse su costo al afiliado; lo cual es cierto* como se detallará a continuación, además que se trató de un **procedimiento ordenado por el médico tratante adscrito a la IPS**

**contratada por la misma EPS demandada**, con el propósito de lograr la recuperación de la salud del afiliado, **sin que la norma aplicable contemple la limitación a un lente convencional como sostiene la EPS Sanitas.**

No es objeto de discusión al haber sido aceptado por la EPS Sanitas al responder la demanda, que el señor Torres Orozco tiene la calidad de afiliado al Sistema de Salud en el régimen contributivo y le generó las siguientes autorizaciones:

- \* El día 24/03/2022 para extracción extracapsular asistida de cristalino para IPS NEUROMEDICA.
- \* El 29/04/2022 facoemulsificación (FACO) más **inserción de lente intraocular (LIO) ojo izquierdo** en IPS NEUROMEDICA.
- \* El 03/06/2022, es atendido por oftalmología, en IPS NEUROMEDICA Dra. Claudia Acosta quien ordena extracción extracapsular de cristalino por facoemulsificación **ojo derecho.**
- \* El 06/06/2022, autoriza **extracción extracapsular asistida de cristalino** en IPSNEUROMEDICA (archivo 05 C01).

Conforme a la **historia clínica** aportada por el demandante, se acredita que **el cirujano** Juan Gonzalo Sánchez Montoya adscrito a la IPS NEUROMÉDICA –a la cual fue remitido el demandante por EPS Sanitas-, **le diagnosticó catarata senil nuclear y determinó como procedimiento a seguir “130003 Extracción de catarata por facoemulsificación, 02908 más implante de lente intraocular” –procedimiento cubierto según la Resolución No 2292 de 2021-**, para el ojo izquierdo el día 29 de abril de 2022 y para el ojo derecho el día 7 de julio de 2022 (folios 12 a 19 archivo 03 C01); aportándose copia de facturas generadas por NEUROMÉDICA No AX1006186 del 28 de abril de 2022 y AB1196147 del 7 de julio

del mismo año, por concepto lente “Acrysofa IQ PANOPTIX”, por valor de \$3.838.560 y \$3.552.060, respectivamente, para un total de \$7.390.620; no obstante, en la demanda se reclama el reembolso en cuantía de \$7.104.200 (folios 32 y 33 archivo 03 C01).

Con relación al cubrimiento del valor del *lente intraocular multifocal pan optix* –que fue el ordenado y adaptado por el médico tratante adscrito a la IPS Neuromédica a la cual fue remitido el paciente por la EPS Sanitas- ésta **afirma que el procedimiento autorizado incluye la inserción de “lente convencional” y que el excedente debe ser cubierto por el usuario.**

Sin embargo, la **Resolución No 002292 del 23 de diciembre de 2021** “por la cual se actualizan y se establecen los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)” emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en su Anexo No 2 (listado de procedimientos en salud financiados con recursos de la UPC), numeral 13.0.0. **incluye** “*extracción intracapsular o extracapsular de cristalino*” y en el numeral **13.7.0. “inserción de lente intraocular”, sin hacer referencia a un tipo de lente específico, no se restringe la prestación del servicio a un “lente convencional” como aduce la demandada y tampoco aparece excluido de manera expresa el *lente intraocular multifocal pan optix* que fue el adaptado al afiliado.**

A su vez, la **H. Corte Constitucional en Sentencia T-508 de 2019**, sobre la **vinculatoriedad del concepto emitido**

**por el médico tratante**, indicó que es la persona capacitada, con criterio científico y conocedor de la situación de salud del paciente, quien tiene la competencia para determinar si el afectado requiere determinado procedimiento; veamos:

**“...en principio, la opinión del médico tratante adscrito a la EPS constituye el principal criterio para determinar los insumos y servicios que requiere un individuo, en tanto esta es la “(...) persona capacitada, con criterio científico y que conoce al paciente”, aun cuando este no se encuentre adscrito a la entidad promotora de salud ...**

(...)

**en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud la competencia para establecer si una persona requiere determinado procedimiento, intervención o medicamento recae, en principio, en el médico tratante, debido a que este es quien cuenta con la formación académica necesaria para evaluar la procedencia científica de un tratamiento, a la luz de las condiciones particulares de cada paciente...”** (Negritas fuera de texto).

De acuerdo a lo explicado, la EPS demandada negó el reembolso de los gastos médicos, estando acreditado que la normatividad aplicable garantiza el acceso a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, eficiente y de alta calidad, así como la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos y que sean ordenados por el médico tratante, como ocurrió en este caso; se reitera que en lo referente a la adaptación de *lente intraocular* la norma no lo restringe al denominado por la EPS como *lente convencional* y tampoco está excluido de manera expresa el *lente intraocular multifocal pan optix*, siendo éste el prescrito por el médico tratante, adscrito a la IPS contratada por la EPS.

Es de anotarse que el artículo 15 de la Ley 1715 de 2015 (Estatutaria de Salud), expresamente señala los casos en que los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios:

- “...a) Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas;*
- b) Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica;*
- c) Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica;*
- d) Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente;*
- e) Que se encuentren en fase de experimentación;*
- f) Que tengan que ser prestados en el exterior...”*

Sin que el procedimiento autorizado al accionante corresponda a alguna de las citadas causales.

Y según lo obrante en el expediente, contrario a lo concluido por la Superintendencia Nacional de Salud, esta Judicatura no encuentra demostrado que el afiliado hubiere rechazado o desatendido las autorizaciones emitidas por la EPS Sanitas y que en su lugar, haya optado por acudir a servicios particulares; pues tal como quedó explicado, la demandada aceptó haber autorizado la prestación de los servicios con la IPS NEUROMÉDICA, solo que la limitó a la implantación de un *lente convencional* imponiendo al afiliado asumir con sus propios recursos, el costo del lente ordenado y adaptado por el médico tratante, quien se encuentra legalmente facultado para recomendar o prescribir lo que más convenga a la salud del paciente, más tratándose de la mejora en la parte visual de un afiliado; procedimiento incluido en el plan de beneficios cubierto con cargo a la unidad de pago por capitación; por tanto, con la actuación de la EPS demandada se vulneraron los principios de

cobertura y eficiencia, para proveer el servicio de salud de manera oportuna, completa e integral, **con acceso a las tecnologías requeridas que le garanticen una atención de alta calidad.**

Así las cosas, **esta Judicatura encuentra procedente revocar la Decisión S2023-001141 proferida por la Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud el día 5 de octubre de 2023;** en su lugar, **se condenará a la Entidad Promotora de Salud SANITAS S.A.S. a reembolsar a favor del afiliado Javier Esteban Torres Orozco, los valores sufragados por cuenta propia,** por los servicios de salud brindados a través de la IPS NEUROMÉDICA consistente en implantación de lente intraocular en ambos ojos, equivalentes a **\$7.104.200** (valor reclamado en la demanda).

#### **COSTAS:**

**Se condenará en Costas a cargo de EPS SANITAS** al haberse revocado totalmente la decisión de la Superintendencia Nacional de Salud, fijándose como agencias en derecho la suma equivalente a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes (\$2.600.000) en favor del accionante; conforme a lo establecido en el numeral 4° del artículo 365 del Código General del Proceso y el Acuerdo 10554 de 2016 expedido por el Consejo Superior de la Judicatura.

## **DECISIÓN:**

En mérito de lo expuesto, **EL TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN, SALA CUARTA DE DECISIÓN LABORAL**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

## **RESUELVE**

**PRIMERO:** Se **REVOCA** la **Decisión S2023-001141** proferida por la Delegada Para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud el día 5 de octubre de 2023; en su lugar, se **CONDENA** a la Entidad Promotora de Salud **SANITAS S.A.S.** a reembolsar a favor del afiliado **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO**, los valores sufragados por cuenta propia, por los servicios de salud brindados a través de la IPS NEUROMÉDICA consistente en implantación de lente intraocular en ambos ojos, equivalentes a **\$7.104.200**; de conformidad con lo explicado en la parte considerativa de esta providencia.

**SEGUNDO:** Se **CONDENA en Costas a cargo de EPS SANITAS**, fijándose como agencias en derecho la suma equivalente a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes (\$2.600.000) en favor del accionante **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO**; según lo indicado en la parte motiva.

**TERCERO:** Lo resuelto se notifica por **EDICTO**, en el término de un (1) día; se ordena devolver el proceso al Despacho de origen. En constancia se firma el Acta por quienes en ella intervinieron.

**Los Magistrados,**



**MARÍA EUGENIA GÓMEZ VELÁSQUEZ**

**Ponente**



**CARLOS ALBERTO LEBRÚN MORALES**



**VÍCTOR HUGO ORJUELA GUERRERO**



**TRIBUNAL SUPERIOR DE MEDELLÍN  
SECRETARIA SALA LABORAL  
EDICTO VIRTUAL**

**HACE SABER:**

**Que se ha proferido sentencia en el proceso que a continuación se relaciona:**

**Proceso** : **Sumario – SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**  
**Demandante** : **JAVIER ESTEBAN TORRES OROZCO**  
**Demandado** : **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.**  
**Radicado** : **05001 22 05 000 2023 10071 00**  
**Temas y Subtemas** : Seguridad Social -Reembolso gastos médicos-  
**Decisión** : Revoca Decisión Absolutoria  
**Sentencia No** : 001

**FECHA SENTENCIA:** 12 de enero de 2024

Fijado martes 16 de enero de 2024 a las 8:00 a.m.

Desfijado martes 16 de enero de 2024 a las 5:00 p.m.

Lo anterior con fundamento en lo previsto en el artículo 41 del CPTSS, en concordancia con el artículo 40 ibídem. La notificación se entenderá surtida al vencimiento del termino de fijación del edicto.

**RUBEN DARIO LÓPEZ BURGOS**  
**Secretario**