



República de Colombia

**TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL
SALA LABORAL**

Bogotá D.C., trece (13) de mayo de dos mil veintidós (2022)

Magistrada Ponente: **Dra. LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

Ref.: Radicación N° 11-001-31-05-000-2019-00539-01. Proceso Sumario de Livio Cilli contra Cafesalud EPS S.A. (Fallo de Segunda Instancia).

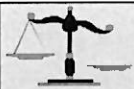
En Bogotá D.C, la Magistrada Ponente en asocio de los Magistrados que conforman la Sala Séptima de Decisión, procede a proferir de plano la siguiente,

SENTENCIA:

LIVIO CILLI por intermedio de su apoderado convocó a CAFESALUD EPS para obtener mediante los trámites propios del proceso verbal sumario, el reembolso de las sumas de dinero que debió pagar con recursos propios por concepto de un procedimiento quirúrgico practicado en favor de su hijo menor EGCS, por la suma de \$3.850.000, junto con los intereses moratorios consagrados en el artículo 141 de la Ley 100 de 1993 y las costas del proceso. Pretensiones que tienen sustento en los siguientes,

HECHOS:

Indica el escrito promotor del litigio, que se encuentra afiliado en calidad de cotizante de la EPS CAFESALUD desde el 3 de mayo de 2011, teniendo como beneficiario a su hijo de tres años EGCS; que tuvo que ingresar al



menor el 20 de enero de 2016 a las 8:05 pm a la Clínica ESIMED en la ciudad de Pereira, ya que sufrió una fractura supracondilea grado 3 en el codo izquierdo; que la valoración al momento de ingresar el menor efectuada por el doctor Carlos Arturo Vanegas Gómez, en la que se indicó *“Ingresa paciente en brazo de su padre con deformidad y dolor intenso codo izquierdo, se pasa de inmediato a rx donde se evidencia fractura supracondilea grado III se le envían imágenes a Dr. Trujillo ortopedista de turno indica remitir como urgencia vital por no disponibilidad de perforadora en quirófano ni clavos según instrumentadora Ángela Franco”*; que hora y treinta minutos después regresó el Dr. Vanegas Gómez, dejando constancia *“Actualmente la remisión del menor está en trámite, se comenta a Alejandra de referencia está buscando clínica para traslado del paciente aún no da respuesta de donde ... no se ha enviado a otra institución primero porque no se puede enviar sin comentar pues no se sabe si otra clínica cuente con los recursos para operar al niño y segundo porque la remisión está en trámite y no han aceptado en otro sitio”*; que cuatro horas más tarde, se autorizó y remitió al paciente en ambulancia a la ciudad de Manizales, para atención médica ortopedia urgente; que de acuerdo con la historia médica, la Dra. Sandra Carrillo González recibió al paciente en el Hospital Infantil de Manizales, quien indicó *“... se explica al padre que por ser urgencia vital, se puede operar acá a partir de las 6:00 pm..., es decir, veintidós (22) horas más tarde de la llegada del menor a las urgencias en la ciudad de Pereira”*; que dada la inmediatez de la operación del menor y la dilatación efectuada por la EPS, no le quedó otro camino al progenitor que solicitar el traslado del mismo a la Clínica Fracturas y Fracturas de la ciudad de Pereira para que se efectuara de forma inmediata la cirugía y de forma particular, sitio en el que a las 7:51 pm se efectuó la cirugía de osteosíntesis de húmero izquierdo, para lo cual se colocó anestesia general, inmovilizando y el miembro superior; que el demandante debió efectuar el pago por la suma de \$3.850.000, expidiendo la respectiva factura; que se elevó solicitud de reembolso ante Cafesalud EPS el 10 de febrero de 2016, obteniendo respuesta mediante oficio de fecha 8 de marzo de la misma



anualidad, en la que se indicó que para solicitar el reintegro era necesario aportar unos documentos que ya habían sido allegados en la solicitud.

ACTUACIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:

La petición fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 3 de abril de 2017¹. Corrido el traslado en virtud de lo previsto en el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, la peticionada dio contestación dentro del término concedido, manifestando que no era viable acoger las súplicas del reembolso, como quiera que para que proceda tal beneficio en favor del afiliado se deben acreditar alguno de los siguientes requisitos i) inexistencia de violación de un derecho fundamental por parte de Cafesalud EPS; ii) ausencia del cumplimiento de los requisitos legales que impiden efectuar el reembolso; iii) no se trató de una urgencia; y iv) la IPS no solicitó autorización para atender la urgencia.

El aquo profirió sentencia el 17 de septiembre de 2018², a través de la cual ordenó a la demandada, proceder al reembolso de los dineros gastados por el accionante para la atención brindada por la institución particular a afectos de recuperar el estado de salud de su hijo menor, en la suma de \$3.850.000,00.

Inconforme con la decisión, el apoderado de la demandada interpuso recurso de apelación, el cual le fue concedido en el efecto suspensivo.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO:

Afirmó el recurrente que no le asiste razón al juez de primer grado, como quiera que el padre del menor fue quien autorizó la salida voluntaria de la

¹ Cfr. Fls 30.

² Cfr. Fls 49/52.



Clínica de Manizales, pese a la remisión efectuada por la clínica ESIMED de Pereira, por lo que no se acredita la negativa o negligencia en la que incurrió la EPS para que se pueda acceder al reembolso.

De igual forma, manifestó que en el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994 se estatuyó la figura del reembolso, previo el cumplimiento de dos circunstancias, el primero que la atención sea de urgencias en una IPS con la cual no se tenga contrato y segundo, que exista autorización previa y expresa por la EPS para brindar la atención específica, solicitud que debe ser elevada dentro de los 15 días siguientes a ocurrido el evento, no obstante, sí se brindó la atención requerida por el beneficiario del afiliado.

Así mismo, manifestó que el demandante no cumplió con las obligaciones que tiene al estar afiliado a la EPS, pues autorizó la salida del menor y que su tratamiento se llevara a cabo por un ente particular, aunado, con que la decisión de la Superintendencia obedeció a un concepto emitido por parte de una integrante del grupo interdisciplinario de la Delegada para Asuntos Jurisdiccionales y de Conciliación, el que no pudo ser controvertido por las partes mediante otro dictamen, más aún, cuando dicha situación no puede ser ordenada por el fallador, sino aportado por las partes. Finalmente, indica que los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen una destinación específica, dentro de la que no se encuentra el pago a terceros.

Con base en lo anterior, la pasiva solicitó la revocatoria de la sentencia impugnada, para que en su lugar se absuelva de las pretensiones formuladas en su contra.



CONSIDERACIONES DE ESTA SEGUNDA INSTANCIA

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 22 numeral 1 literal b del Decreto 1018 de 2007, por medio del cual se le conceden funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación para fallar con carácter definitivo con las facultades propias de un juez, lo mismo que la idea según la cual, 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, esta Corporación en razón de estos presupuestos legales, abordará el estudio de la alzada.

Observa la Sala, que el accionante, señor LIVIO CILLI acudió al trámite jurisdiccional ante la Superintendencia Nacional de Salud, con el fin de que se definiera en su favor el reconocimiento del reembolso de los dineros que tuvo que sufragar para la realización de la cirugía que permitió la recuperación de su menor hijo EGCS en su codo izquierdo, con ocasión de la fractura padecida; intervención que le fue practicada en la Clínica Fracturas y Fracturas de la Ciudad de Pereira, debido a que si bien se remitió al menor al Hospital Infantil de Manizales, también lo es, que se trataba de una urgencia vital, y pese a ello se ordenó la cirugía después de 22 horas posteriores a la llegada a urgencias del menor.

Para declarar el derecho en favor del accionante consideró que “... *Cómo puede verse, es sumamente claro que la atención requerida por el menor EGC constituía una urgencia vital, sin que su entidad aseguradora haya garantizado la accesibilidad, oportunidad atención integral no continuidad que el menor requería, lo que obligó en la práctica, a los familiares a acudir a la red externa para la realización del tratamiento quirúrgico urgente que el menor exigía.*”.

Así mismo consideró que “...*Para el Despacho no cabe duda que, desde el inicio de la atención, el médico tratante calificó la atención requerida como urgencia vital, lo cual encuadra la situación en el primero de los presupuestos que contempla la norma para que*



proceda el reembolso, esto es la urgencia; adicionalmente, no pierde de vista este Despacho que estamos ante un paciente de especial protección, pues se trataba de un menor de tan solo tres años.

Ello desvirtúa de tajo la afirmación del gerente de defensa judicial de CAFESALUD EPS, en cuanto a que no se trató de una urgencia vital”.

De igual forma agregó que “...Ahora bien, en cuanto a que la IPS no solicitó autorización para la atención de la urgencia, advierte el despacho que en el presente caso los médicos de ESIMED, de la red de CAFESALUD EPS, al no contar con los dispositivos necesarios para la realización del tratamiento quirúrgico, decidieron que el paciente debía ser remitido y por ello el médico de urgencias inicio el trámite de remisión, siendo remitido al Hospital Infantil de Manizales, a donde fue atendido por una profesional no ortopedista, quien consideró que no se trataba de una urgencia vital, desconociendo el criterio del especialista de ESIMED, y ante la demora en la atención, los padres optaron por llevar al menor a la Clínica de Fracturas y Fracturas donde el menor efectivamente fue intervenido quirúrgicamente el 21 de enero de 2016 a las 7:51 a.m. como paciente particular.”.

Efectuada la anterior reseña, el aspecto siguiente a resolver hace referencia a la inconformidad de la pasiva, según la cual la situación fáctica planteada no encuadra dentro de los requisitos legales para que la EPS proceda a reconocer los dineros sufragados por el accionante porque: i) la atención ofrecida en la IPS particular a la que acudió no podía ser calificada de urgencia, ii) que la EPS ya había autorizado la remisión del menor a un centro de salud donde se pudo adelantar la cirugía que necesitaba y que el retiro del Hospital Infantil de Manizales fue voluntario; iii) porque no se solicitó autorización por parte de la IPS a la EPS para llevar a cabo la intervención quirúrgica del menor, iv) que no se dio oportunidad de controvertir el concepto técnico emitido por parte de la profesional de la medicina Alejandra Rojas Rojas y; ii) porque los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen una destinación específica.

Para dar respuesta a tales cuestionamientos, se debe mencionar, que la jurisprudencia constitucional ha sido prolífica en la contextualización y



desarrollo doctrinal del derecho a la salud, partiendo siempre de la base, que la salud no es sólo la ausencia de dolencia o enfermedades, sino un estado íntegro de bienestar de la persona, que comprende el aspecto moral, físico y social, concepto que está acorde con la definición que ha adoptado la Organización Mundial de la Salud.

También se debe recordar que ante los hechos que han demarcado la sucesiva y continua vulneración a este derecho, llevaron a que el alto Tribunal constitucional considerara a la Salud como un derecho fundamental autónomo, tal como se reseñó en la sentencia T-760 de 2008, que sobre este punto indicó que *“...son fundamentales (i) aquellos derechos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental y (ii) todo derecho constitucional que funcionalmente esté dirigido a lograr la dignidad humana y sea traducible en un derecho subjetivo”*, la Corte señaló en la sentencia T-859 de 2003 que *el derecho a la salud es un derecho fundamental, ‘de manera autónoma’, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, advirtiendo que algunas de estas se encuentran en la Constitución misma, otras en el bloque de constitucionalidad y la mayoría, finalmente, en las leyes y demás normas que crean y estructuran el Sistema Nacional de Salud, y definen los servicios específicos a los que las personas tienen derecho. Concretamente, la jurisprudencia constitucional ha señalado que el acceso a un servicio de salud que se requiera, contemplado en los planes obligatorios, es derecho fundamental autónomo. En tal medida, la negación de los servicios de salud contemplados en el POS es una violación del derecho fundamental a la salud, por tanto, se trata de una prestación claramente exigible y justiciable mediante acción de tutela. La jurisprudencia ha señalado que la calidad de fundamental de un derecho no depende de la vía procesal mediante la cual éste se hace efectivo...”*³

De otro lado, es preciso señalar que, si bien es cierto, el ejercicio de este derecho se encuentra soportado sobre una estructura administrativa para su funcionamiento, tal situación no puede llegar al punto de convertirse en una barrera para hacer nugatoria la prestación del servicio de salud, lo cual

³ Cfr, consideración jurídica No. 3.2.1.3



comprende el diagnóstico, los procedimientos o intervenciones quirúrgicas, el suministro de medicamentos o cualquier otro servicio requerido para hacer efectivo este derecho, con mayor razón cuando se trata del servicio de urgencias; de suerte que todo lo relacionado con autorizaciones, cobros, corrección de información, actualización de datos, entro otros parecidos están a cargo de la entidad administradora y no en cabeza del usuario.

En la aludida sentencia T-760 de 2008, la Corte se pronunció de la siguiente manera:

“(...) Para la Corte ‘las EPS no pueden imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad’. En tal sentido, cuando una EPS niega servicios de salud a una persona que tiene derecho a ellos, porque no realizó un trámite que le corresponde realizar a la propia entidad, irrespeto su derecho a la salud, puesto que crea una barrera para acceder al servicio. (...)”.

Y en sentencia T-146 de 2011 sobre este mismo tema, indicó:

“(...) Los trámites administrativos internos de una entidad no pueden constituirse en una carga para el ciudadano. Reiteración jurisprudencial.

En repetidas oportunidades esta Corporación ha señalado que un trámite administrativo interno de una entidad no puede constituirse en una barrera para el disfrute de los derechos de una persona. Las cargas administrativas internas le corresponde soportarlas a la entidad y no al ciudadano. De manera específica, una entidad del sector salud no puede trasladarle sus cargas y confusiones administrativas al ciudadano. Así los señaló la sentencia T-760/08 al indicar que, “Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud sin que las EPS puedan imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad”. En esta oportunidad la Sala reiterará esta regla, toda vez, que la confusión que se suscita a partir de que en el sistema de la entidad aparecen dos personas con el mismo número de cedula, razón por la cual el Instituto ha decidido dejar de prestarle el servicio de salud, es una carga administrativa que compete a la entidad y no a la ciudadana (...)”.

Ahora; para el asunto, debe explicar la Sala, cuál es la definición del término urgencias. La noción se encuentra en el artículo 3° del Decreto 412 de 1992, que dispone lo siguiente:



1. URGENCIA. Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte.

2. ATENCION INICIAL DE URGENCIA. Denomínase como tal a todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud.

3. ATENCION DE URGENCIAS. Es el conjunto de acciones realizadas por un equipo de salud debidamente capacitado y con los recursos materiales necesarios para satisfacer la demanda de atención generada por las urgencias.

Acorde con dichas definiciones, y acogiendo la prohibición de las barreras administrativas por parte de las entidades aseguradoras, tal como lo ha sostenido la jurisprudencia constitucional, la consideración y posterior atención de una patología que pueda ser catalogada de urgencia, no puede quedar en cabeza del personal que gerencia o administra los recursos de dichos entes, sino en personal calificado para ello, que no puede ser otro que los galenos respectivos.

En ese orden de ideas, considera la Sala que resulta equivocado el argumento del recurrente quien señaló en el escrito de impugnación, que la patología presentada por el menor no se trataba de una urgencia, pues tal como lo refiere la historia médica expedida por la Clínica ESIMED Pereira, en la misma se dejó sentado tanto el motivo de la consulta, como la enfermedad actual, en la que se indicó por dicha institución “... se pasa de inmediato a rx donde se evidencia fractura supracondilea grado III se le envían imágenes al dr [T]rujillo ortopedista de turno indica remitir como urgencia vital por no disponibilidad de perforadora en quirófano ni clavos según instrumentadora [Á]ngela [F]ranco.(...)”.

De igual forma, en la fecha de evolución 2016/01/20 21:43, se indicó:



"se comenta a [A]lejandra de referencia est[á] buscando cl[í]nica para traslado del paciente a [ú]n no da respuesta de donde, el niño ya tiene el dolor controlado, buena perfusión distal, movilidad distal adecuada.

[E]l padre del niño se comunica con el dr [Q]uintero ortopedista de la cl[í]nica de fracturas y fracturas acuerdan realizar mañana 7 am la cirug[í]a en dicha cl[í]nica de manera particular.

No se ha enviado a otra institución primero porque no se puede enviar sin comentar pues no se sabe si otra cl[í]nica cuente con los recursos para operar al niño y segundo porque la remisión est[á] en tr[á]mite y no han aceptado en otro sitio, tercero el padre ya dijo que as[í] resulte la remisión [é]l no la va a aceptar porque ya cuadr[ó] con el dr [Q]uintero."

De igual forma, en fecha de evolución 2016/01/21, se manifestó por la Clínica ESIMED:

"NOTA: LLEGA LA AMBULANCIA PARA REMITIR AL PACIENTE A MANIZALES DONDE ME INFORMAN QUE RECIBIERON AL PACIENTE, LOS PADRES INDICA[N] QUE NO DESEAN QUE EL PACIENTE SEA REMITIDO PORQUE NO SABEN SI EN MANIZALES LOS ATENDER[Á] R[Á]PIDO O NO, SE LE EXPICA QUE EL ORTOPEDISTA DE TURNO DR TRUJILLO PIENSA QUE SE TRATA DE UNA URGANCIA VITAL Y QUE EL TIEMPO ES IMPORTANTE, POR LO QUE ESTANDO AQU[Í] Y AHORA LA AMBULANCIA PARA TRASLADAR AL PACIENTE EN DONDE LO RECIBIERON PARA CONTINUAR SU ATENCIÓN, Y DONDE YA SE COMENT[Ó] CON ANTICIPACI[Ó]N Y QUE SE PRESUME QUE SI LO RECIBIERON ES PORQUE CUENTAN CON LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, SE LES EXPLICA QUE LA OPCIÓN QUE TIENE PARA OPERAR AL PACIENTE EN LA CLÍ[NICA DE FRACTURAS ES DENTRO DE 7 HORAS Y QUE EN VISTA DE LA URGENCIA SE DEBE REMITIR AL PACIENTE DONDE SE LE PUEDA OFRECER PRIMERO LA ATENCIÓN AL PACIENTE, SE LLAMA A LA POLICÍA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA PARA QUE HAGA CUMPLIR LAS [Ó]RDENES M[É]DICAS PORQUE LOS PADRES DEL PACIENTE SE NI[E]GAN A DEJAR QUE LO TRASLADEN POR LA[S] DUDAS SOBRE LA ATENCIÓN EN MANIZALES, SE VUELVE HABLAR TELE[Ó]NICAMENTE CON EL ORTOPEDISTA DE TURNO DR TRUJILLO QUI[É]N CUELVE A REITERAR QUE [É]L PIENSA QUE SE TRATA DE UNA URGENCIA VITAL EN DONDE EL TIEMPO ES MUY IMPORTANTE Y RECALCA QUE EL PACIENTE DEBE SER REMITIDO A DONDE LO PUEDAN ATENDER M[Á]S R[Á]PIDO QUE EN ESTE CASO ES LA CLÍNICA DE MANIZALES EN DONDE YA RECIBIERON AL PACIENTE PARA SU ATENCIÓN ...".



Por su parte, una vez fue recibido el menor en la Clínica de Manizales, allí se le informó que el padecimiento del menor EGCS no era una urgencia y por ello sería operado a la seis de la tarde del mismo 21 de enero de 2016, siendo dada dicha información por la Dra. Sandra Carrillo González, de la que no se pueda establecer la especialidad o idoneidad de la misma en su concepto, ya que lo dicho por el propio ortopedista de la Clínica ESIMED, es que se trataba de una urgencia vital.

De manera que el caso del hijo del actor debía ser considerado una urgencia, pues se trataba de una alteración de la integridad física causada por la fractura de codo, que como lo señaló el galeno tratante, requería de la atención médica inmediata e impostergable; con mayor razón si esa calificación la dio el médico especialista en ortopedia, que como se explicó previamente, son los calificados para determinar si una alteración en la salud de la persona se puede catalogar de urgencia y no el personal administrativo de la entidad aseguradora, ni la médico que lo atendió en la Clínica de Manizales, más aún, cuando no se puede establecer la especialidad de la misma y quien le indicó al padre del menor, que no se podía efectuar la cirugía con la inmediatez necesaria.

Por tanto, ante la premura del servicio requerido por el hijo del actor y ante la omisión de efectuar el trámite de urgencia por parte de la accionada que facilitara el cumplimiento de la orden del médico tratante, era plausible la decisión que adoptó el afiliado al sistema de salud, de acudir a un centro particular especializado para que tratara sus dolencias; configurándose de esta manera, tal como lo indicó el aquo, una verdadera negligencia de la aseguradora en la prestación del servicio, que justifica el reembolso del dinero que el demandante tuvo que asumir para garantizar la funcionalidad



del codo del menor; lo cual ubica tal situación en la causal prevista en el literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007⁴.

Aunado a lo anterior, se tiene que en efecto la encartada no logró acreditar que el señor Cilli por mero capricho hubiese asistido a la Clínica Fracturas y Fracturas a efectuar el procedimiento respecto del cual se ordena el reembolso, por cuanto tal y como ya se acreditó tanto con el dicho del médico tratante, como del concepto rendido por la galena adscrita a la Superintendencia de Salud, la cirugía atendió a una urgencia vital en la salud padecida por el hijo del hoy reclamante, situación que genera el derecho al reembolso de los pagos efectuadas por este para la concreción favorable de su salud.

Ahora bien, debe advertirse que si bien la encartada manifiesta la imposibilidad de controvertir el dictamen rendido por parte de la médico adscrita a la Superintendencia Nacional de Salud, también lo es, que la pasiva no aportó medio de prueba alguno con la que acreditara una situación diferente, de la que se pueda concluir que los padecimientos del menor EGCS no era una urgencia vital, por lo que incumplió con su carga probatoria contenida en el artículo 167 del C.G.P., por lo que no se puede atender la argumentación de la pasiva, más aún, de advertirse que si bien se dio remisión al menor a la Clínica de Manizales, en dicha entidad no se

⁴ **ARTÍCULO 41. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.** <Artículo CONDICIONALMENTE exequible> 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;

(...)”.



efectuaría el procedimiento correspondiente con la premura que indicó el médico especialista de la clínica ESIMED.

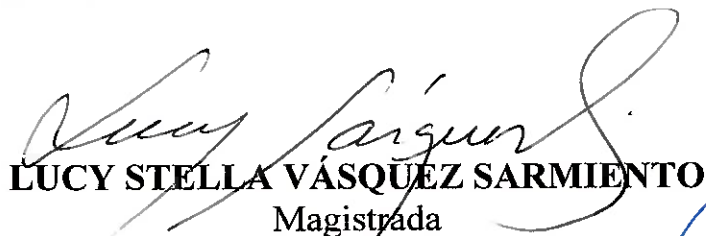
Finalmente, tampoco es dable acoger el dicho de la demandada en el sentido de que los dineros del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud tienen una destinación específica, también debe puntualizarse que el gasto en que incurrió el actor debió ser cubierto en su oportunidad por la aseguradora en salud, situación que se reitera, no fue realizada por la pasiva y que generó el lugar al reembolso.

Así las cosas, se confirmará la providencia apelada.

DECISIÓN:

En razón y mérito de lo expuesto, la SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley, **RESUELVE: CONFIRMAR** la decisión de primera instancia, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de esta decisión. Sin costas en el recurso.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO
Magistrada


LILLY YOLANDA VEGA BLANCO
Magistrada



Ref.: Radicación N° 11-001-31-05-000-2019-00539-01. Proceso Sumario de Livio Cilli
contra Cafesalud EPS S.A. (Fallo de Segunda Instancia).

LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL

Magistrado



República de Colombia

TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL

SALA LABORAL

Bogotá D.C., trece (13) de mayo de dos mil veintidós (2022)

Magistrada Ponente: **Dra. LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO**

Ref.: Radicación N° 11-001-31-05-000-2019-00618-01. Proceso Sumario de Corpotecc S.A.S. contra Salud Total EPS (Fallo de Segunda Instancia).

En Bogotá D.C, la Magistrada Ponente en asocio de los Magistrados que conforman la Sala Séptima de Decisión, procede a proferir de plano la siguiente,

SENTENCIA:

La señora Gloria Patricia Delgado Osorio en su calidad de representante legal de Corpotecc S.A.S. convocó a la EPS SALUD TOTAL para obtener mediante los trámites propios del proceso verbal sumario, el pago de la incapacidad por licencia de maternidad de la señora Natalia Marín. Pretensiones que tienen sustento en los siguientes,

HECHOS:

Indica el escrito promotor del litigio, que se elevaron dos derechos de petición ante la accionada, solicitando el pago de la licencia de maternidad de la señora NATALIA MARÍN por ser la empleadora de la misma; que dentro de los 12 meses anteriores al alumbramiento de la señora Marín,



Corpotecc S.A.S. sólo se retrasó en el pago de dos mensualidades por algunos días, no obstante, se realizó el pago junto con los intereses respectivos y por ello la encartada consintió la mora, encontrándose a paz y salvo en el pago de los aportes en el Sistema Integral de seguridad Social en Salud en los 6 meses anteriores, por lo que se debe aplicar lo dispuesto en el artículo 78 del Decreto 2353 de 2015; que la demandante debe percibir el pago de la licencia de maternidad para garantizar el mínimo vital de la trabajadora y de su hijo recién nacido.

ACTUACIÓN DE PRIMERA INSTANCIA:

La petición fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 3 de febrero de 2017¹. Corrido el traslado en virtud de lo previsto en el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, la peticionada dio contestación dentro del término concedido².

En síntesis, la parte pasiva señaló que ya fue autorizado el pago de la licencia de maternidad en favor de Corpotecc S.A.S, quien actúa como empleadora de la señora Natalia Marín Delgado, asumiendo el pago íntegro de la pretensión reclamada en la suma de 12.244.254, por lo que se debía declarar la existencia de un hecho superado, atendiendo para ello el principio de buena fe en las relaciones contractuales.

El *aquo* profirió sentencia el 21 de septiembre de 2018³, a través de la cual ordenó a la demandada, proceder con el pago de la licencia de maternidad, por la suma de \$12.244.245, advirtiendo que si bien la encartada se acogió a las súplicas de la demanda, también lo era, que no se acreditó el pago de la licencia reclamada.

¹ Cfr. Fls .34.

² Cfr. Fls. 60/65.

³ Cfr. Fls 78/79.



Inconforme con la decisión, el apoderado de la demandada interpuso recurso de apelación, el cual le fue concedido en el efecto suspensivo.

FUNDAMENTOS DEL RECURSO:

Afirmó el recurrente que no le asiste razón al juez de primer grado, toda vez que de conformidad con la respuesta brindada por parte de la EPS, se advierte que se suplica la declaratoria del hecho superado, por cuanto ya se efectuó el pago de la licencia de maternidad a favor de Corpotecc S.A.S. respecto de su trabajadora Natalia Marín Delgado, por lo que no se podía imponer condena alguna en su contra, más aún, por cuanto dentro de las relaciones contractuales rige el principio de buen fe y con ocasión de ello se dio el pago.

CONSIDERACIONES DE ESTA SEGUNDA INSTANCIA

Teniendo en cuenta lo dispuesto en el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, adicionado por los artículos 126 y 127 de la Ley 1438 de 2011, por medio del cual se le conceden funciones a la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación para fallar con carácter definitivo con las facultades propias de un juez, lo mismo que lo indicado por la Corte Constitucional en la sentencia C-119 de 2008 según la cual, 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, esta Corporación en razón de estos presupuestos legales, abordará el estudio de la alzada.

Así las cosas, se advierte que para desatar el recurso de la alzada, no fue objeto de discusión el reconocimiento del derecho en sí mismo, ni la



obligación de proceder con el pago de la licencia de maternidad a cargo de la demandada SALUD TOTAL EPS, sino tan solo, lo concerniente al pago efectivo de la prestación.

En ese orden de ideas, y como quiera que la pasiva aportó junto con el recurso de apelación, medio de prueba que posiblemente acreditaría el pago reclamado, se hace necesario remitirnos a lo dispuesto en el artículo 327 del Código General del Proceso, aplicable por analogía al procedimiento laboral de conformidad con el artículo 145 del C.P.T y S.S., que dispone:

“ARTÍCULO 327. TRÁMITE DE LA APELACIÓN DE SENTENCIAS. Sin perjuicio de la facultad oficiosa de decretar pruebas, cuando se trate de apelación de sentencia, dentro del término de ejecutoria del auto que admite la apelación, las partes podrán pedir la práctica de pruebas y el juez las decretará únicamente en los siguientes casos:

- 1. Cuando las partes las pidan de común acuerdo.*
- 2. Cuando decretadas en primera instancia, se dejaron de practicar sin culpa de la parte que las pidió.*
- 3. Cuando versen sobre hechos ocurridos después de transcurrida la oportunidad para pedir pruebas en primera instancia, pero solamente para demostrarlos o desvirtuarlos.*
- 4. Cuando se trate de documentos que no pudieron aducirse en la primera instancia por fuerza mayor o caso fortuito, o por obra de la parte contraria.*
- 5. Si con ellas se persigue desvirtuar los documentos de que trata el ordinal anterior.*

Ejecutoriado el auto que admite la apelación, el juez convocará a la audiencia de sustentación y fallo. Si decreta pruebas, estas se practicarán en la misma audiencia, y a continuación se oirán las alegaciones de las partes y se dictará sentencia de conformidad con la regla general prevista en este código.

El apelante deberá sujetar su alegación a desarrollar los argumentos expuestos ante el juez de primera instancia.”.



De acuerdo con lo anterior, se advierte que la situación de la pasiva se encuentra regulada en el numeral tercero de la norma en mención, ya que se observa que la contestación brindada por la encartada a la Superintendencia Nacional de Salud fue radicada el 22 de febrero de 2017, mientras que el medio probatorio arrojado, tiene fecha del 3 y 15 de marzo de 2017.

En ese orden de ideas, se procederá con el estudio del medio probatorio allegado por la encartada en su recurso de apelación, para lo cual se advierte, que en efecto la demandante Corpotecc S.A.S. por intermedio de su representante legal solicitó el reconocimiento de la licencia de maternidad de su trabajadora Natalia Marín Delgado en cuantía equivalente a la suma de \$12.244.254, suma que en efecto fue cancelada a la demandante, tal y como se advierte de las transacciones efectuadas por salud Total EPS S.A. por intermedio de Bancolombia visible a folio 88 del plenario, de las que se evidencia incluso un pago superior al reclamado, ya que el día 3 de marzo de 2017 se efectuó transferencia por la suma de \$12.244.218, mientras que el 15 del mismo mes y año se transfirió a Corpotecc S.A.S., la suma de \$169.148, arrojando como suma total pagada en favor de dicha Corporación Educativa la suma de \$12.413.366, monto superior al que fue solicitado en la demanda y fijado en la sentencia de primer grado, por lo que se **REVOCARÁ** la decisión de primer grado en su integridad y no se impondrán costas en segunda instancia.

DECISIÓN:

En razón y mérito de lo expuesto, la SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ, D.C., administrando justicia en nombre de la República de Colombia, y por autoridad de la Ley,

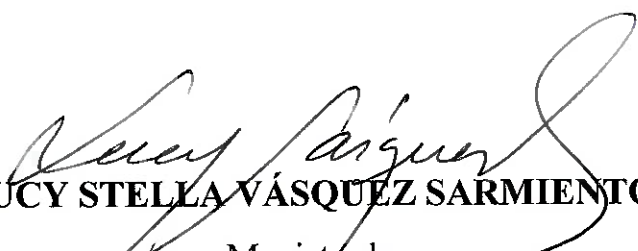


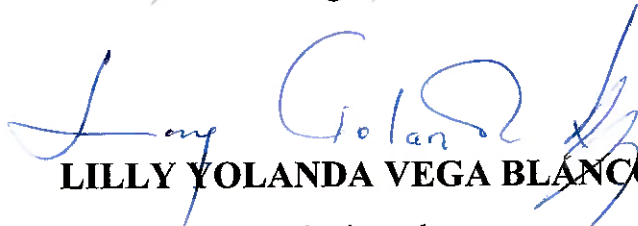
RESUELVE

PRIMERO: REVOCAR la decisión recurrida, para en su lugar, **ABSOLVER** a la demandada de todas y cada una de las pretensiones incoadas en su contra, de conformidad con lo dispuesto en la parte motiva de esta decisión.

SEGUNDO: COSTAS Sin lugar a ellas en las instancias.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO
Magistrada


LILLY YOLANDA VEGA BLANCO
Magistrada


LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL
Magistrado