

-2-

República de Colombia

Rama Judicial



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C. SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN DE LA SALA LABORAL

MAGISTRADO PONENTE: DR. LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL

S E N T E N C I A

REF. : Sumario No. 00 2024 00025 01
R.I. : S-3982-24
DE : LUZ ELENA PEÑA HERRERA.
CONTRA : EPS SANITAS S.A.S.

En Bogotá D.C., dieciséis (16) de abril del año dos mil veinticuatro
(2024).

La **Sala Séptima de Decisión, de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá**, Magistrado Ponente LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL, procede a resolver el recurso de apelación, interpuesto por la accionada EPS SANITAS S.A.S., contra la sentencia de fecha 19 de octubre de 2023, proferida por la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, dentro del proceso de la referencia.

Acto seguido y previa deliberación, procede la Sala, a dictar la siguiente SENTENCIA, no sin antes hacer una breve reseña del caso.

TESIS DEL ACCIONANTE

Afirma la accionante, LUZ ELENA PEÑA HERRERA, a nivel de síntesis, que está afiliada a SANITAS EPS; que el día 04 de septiembre de 2023, solicitó el cambio de IPS, de la IPS MIREN BARRANQUILLA CAMINO SIMON

BOLIVAR a la IPS CENTRO MÉDICO NUEVO HORIZONTE, como IPS primaria, la cual, hace parte de la red medica de prestadores de servicios de la EPS SANITAS, sin embargo, la EPS demandada, negó su solicitud, por pertenecer al régimen subsidiado; hechos sobre los cuales fundamenta sus pretensiones.

Mediante auto de fecha 15 de septiembre de 2023, la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, admitió la solicitud presentada por **LUZ ELENA PEÑA HERRERA**, ordenando correr traslado a la demandada **EPS SANITAS S.A.S.**

TESIS DE LA ACCIONADA

Trabada la relación jurídica procesal, la accionad **EPS SANITAS S.A.S.**, contestó en tiempo la demanda, señalando que, no es procedente el cambio de IPS, asignada a la usuaria, por georreferenciación, capacidad de atención de la IPS de la red, a la cual solicita su traslado, debido al aumento de la población, por las asignaciones y cesiones de otras EPS, aunado a que, la peticionaria, pertenece al régimen subsidiado de salud, entre tanto que, la IPS, a la cual solicita el traslado, está adscrita al régimen contributivo de salud de la EPS SANITAS; razones por las que solicita, negar las pretensiones de la demandante.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, mediante sentencia del 19 de octubre de 2023, resolvió acceder a las pretensiones de la demanda, ordenando a la demandada EPS SANITAS S.A.S., que, en un término máximo de 48 horas, autorice y garantice, a la demandante, la asignación de la IPS CENTRO MÉDICO NUEVO HORIZONTE, como prestadora de servicios de salud de atención primaria; lo anterior, al considerar que, la EPS SANITAS S.A.S., no ha actuado de conformidad con la normatividad que rige el Sistema de Salud, toda vez que, no ha

respetado el derecho a la libre elección y escogencia de IPS, que le asiste a la actora, además de ser contradictorias e injustificadas, las causales de negación del cambio de prestador de servicios primarios a la IPS CENTRO MÉDICO NUEVO HORIZONTE.

RECURSO INTERPUESTO Y OBJETO

Inconforme con la decisión de la SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, la accionada EPS SANITAS S.A.S, interpone oportunamente el recurso de apelación, solicitando se revoque el fallo proferido; bajo el argumento que, la IPS, cuya asignación como primaria pretende la demandante, está con su capacidad cubierta y al límite, y, al abrir la puerta a nuevas asignaciones de la población, se pone en riesgo intereses colectivos y de operación de la IPS, como de la misma demandante; aunado a que, a la usuaria, se le está garantizando la accesibilidad al servicio de salud, y, en el escenario de requerir otros tipos de atenciones, la actora, será redirigida a las IPS de la red.

PROBLEMA JURÍDICO

De acuerdo con la situación fáctica planteada, tanto en la sentencia impugnada, como en el recurso de apelación interpuesto por la accionada EPS SANITAS S.A.S, estima la Sala, que el problema jurídico a resolver, en esta instancia, se centra en establecer:

Si recae en cabeza de la accionada EPS SANITAS S.A.S, la obligación de autorizar y garantizar, a la demandante, la asignación de la IPS CENTRO MÉDICO NUEVO HORIZONTE, como prestadora de los servicios de salud de atención primaria, tal como lo consideró y decidió la Juez de instancia; lo anterior, con miras a CONFIRMAR, MODIFICAR o REVOCAR la sentencia impugnada.

Previamente a considerar el problema jurídico planteado, advierte la Sala, que se encuentran debidamente configurados los presupuestos procesales; razón por la cual, no existe causal de nulidad alguna que invalide lo actuado a esta altura del proceso.

PREMISA NORMATIVA

Para resolver el problema jurídico planteado, la Sala privilegia como preceptos normativos los siguientes:

El **Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia**, que consagra la seguridad social, como un servicio público y un derecho irrenunciable de todos los habitantes de la Republica de Colombia.

El **Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia**, que consagra la atención de la salud y el saneamiento ambiental, como servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El **artículo 3 de la Ley 100 de 1993**, preceptúa que el Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El **artículo 177 de la Ley 100 de 1993**, que define a las Entidades Promotoras de Salud, como las entidades responsables de la afiliación, el registro de los afiliados, y el recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. **Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados** y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

Igualmente, en el **literal G del artículo 156 de la Ley 100 de 1993**, señala que:

g) Los afiliados al sistema elegirán libremente la Entidad Promotora de Salud, dentro de las condiciones de la presente Ley. Así mismo, escogerán las instituciones prestadoras de servicios y/o los profesionales adscritos o

con vinculación laboral a la Entidad Promotora de Salud, dentro de las opciones por ella ofrecidas.

El numeral 4 del artículo 153 de la ley 100 de 1993, según el cual, además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, es una regla, del servicio público de salud, la libre escogencia; el Sistema General de Seguridad Social en Salud, permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Quienes atenten contra este mandato se harán acreedores a las sanciones previstas en el artículo 230 de esta Ley.

Por su parte el artículo 159 de la Ley 100 de 1993, establece, que se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos: "1. La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162, por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva, a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas. (...)

El artículo 22 de la Ley 1438 de 2011, según el cual, todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud, podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.

El artículo **2.5.2.1.1.6. del Decreto 780 de 2016**, señala que, la Entidad Promotora de Salud, garantizará al afiliado, la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad deberá

tener a disposición de los afiliados, el correspondiente listado de prestadores de servicios, que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud.

PREMISA FÁCTICA

Los artículos 60 y 61 del C.P.T.S.S. y 164 del CGP, que imponen al Juez, el deber de fundar toda decisión en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso.

Descendiendo al caso bajo examen, del análisis conjunto de la prueba recaudada dentro del devenir procesal, consistente en la prueba documental allegada por cada una de las partes, así como del sentido y alcance del cuadro normativo citado en precedencia, fácil resulta concluir a la Sala, que la sentencia de la Juez de Primera Instancia, habrá de **CONFIRMARSE**, por compartir la Sala, los argumentos sobre los cuales apoya su decisión, al ordenar a la accionada EPS SANITAS S.A.S, que autorice y garantice, la asignación de la IPS CENTRO MÉDICO NUEVO HORIZONTE, como prestadora de los servicios de salud de atención primaria, de la demandante; si se tiene en cuenta que, la parte actora, a quien correspondía la carga de la prueba, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 167 del C.G.P., demostró, dentro del proceso, de forma clara y fehaciente, que se encuentra activamente afiliada a la accionada EPS SANITAS S.A.S, a través del régimen subsidiado; y, que la IPS CENTRO MÉDICO NUEVO HORIZONTE, a la cual solicita el traslado la accionante, pertenece a la red de operadores de la EPS demandada, de la regional Barranquilla, del Departamento del Atlántico; obrando la EPS demandada, en abierta contravía al ejercicio de la facultad de la libre escogencia de IPS, que le asiste a la accionante, al negar, sin causa justificada, la solicitud de traslado de IPS, que presentó la actora, estando en cabeza de la accionando, la obligación de acoger dicho pedimento, conforme a lo preceptuado en los artículos 153 y 159 de la Ley 100 de 1993, como en el Decreto 1683 de 2013, tal como lo consideró y decidió la Juez de instancia; nótese como, al respecto, la Corte constitucional, en sentencia

C-115 de 2008, señalo que: "La libre escogencia puede catalogarse como un principio del sistema de salud, como un derecho del afiliado y como una característica del sistema de la seguridad social en salud, que consiste en la facultad que tienen todos los afiliados (tanto los del régimen contributivo como los del régimen subsidiado) a escoger, entre las diferentes alternativas de servicios ofrecidos, la entidad que administrará y la que prestará los servicios establecidos en el Plan Obligatorio de Salud (...)" ; en tal sentido, entonces, la Entidad Promotora de Salud accionada, es la obligada directa, sin restricción alguna, de garantizar a la demandante, el acceso a los servicios de salud, a través las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, pertenecientes a su red, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley 1438 de 2011; en ese orden de ideas, sin más elucubraciones, no encuentra la Sala, reproche alguna, a la decisión del A-quo, razón por la cual, habrá de **CONFIRMARSE** la sentencia impugnada, por encontrarla ajustada a derecho de acuerdo con las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso.

En los anteriores términos, queda resuelto el recurso de apelación interpuesto por la accionada **EPS SANITAS**.

COSTAS

Sin **COSTAS** para esta instancia.

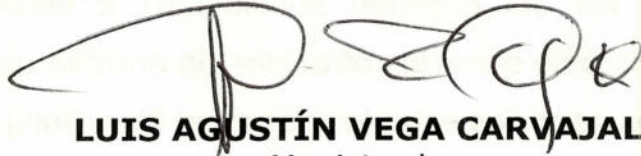
En mérito de lo expuesto, la **SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN DE LA SALA LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D. C.**, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

R E S U E L V E

PRIMERO: CONFIRMAR, la sentencia impugnada, de fecha **19 de octubre de 2023**, proferida por la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: SIN COSTAS en esta instancia.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,


LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL
Magistrado


LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO
Magistrada


LILLY YOLANDA VEGA BLANCO
Magistrada

República de Colombia

Rama Judicial



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
DE BOGOTÁ D.C.
SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN DE LA SALA LABORAL**

MAGISTRADO PONENTE: DR. LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL

S E N T E N C I A

REF. : Sumario No. 00 2024 00156 01
R.I. : S-4030-24
DE : ADRIANA LIZBETH MENDOZA TIBATA.
CONTRA : FAMISANAR EPS S.A.S.

En Bogotá D.C., dieciséis (16) de abril del año dos mil veinticuatro
(2024).

La **Sala Séptima de Decisión, de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá**, Magistrado Ponente LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL, procede a resolver el recurso de apelación, interpuesto por la accionada FAMISANAR EPS S.A.S., contra la sentencia de fecha 18 de enero de 2024, proferida por la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, dentro del proceso de la referencia.

Acto seguido y previa deliberación, procede la Sala, a dictar la siguiente SENTENCIA, no sin antes hacer una breve reseña del caso.

TESIS DEL ACCIONANTE

Afirma la accionante, ADRIANA LIZBETH MENDOZA TIBATA, a nivel de síntesis, que está afiliada a FAMISANAR EPS, desde el 28 de noviembre de 2005; que le fue diagnosticado ruptura central postraumática del complejo de fibrocartílago triangular y ruptura del ligamento escafosemilunar comprometiendo sus diferentes porciones; que, requiere le sea autorizado consulta con especializaste en cirugía de mano, en una clínica de 4 nivel, ya que, por la gravedad de la lesión, no puede ser tratada en una IPS menor; que tiene mucho dolor y la orden le fue expedida por su medico tratante, desde el 18 de agosto de 2023; que la negativa de la demandada, en la práctica del procedimiento está perjudicando su salud, por lo que generó un PQR, ante la Superintendencia de Salud, el 06 de octubre de 2023, bajo radicado No. 20232100012665962, sin obtener respuesta alguna; hechos sobre los cuales fundamenta sus pretensiones.

Mediante auto de fecha 21 de noviembre de 2023, la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, admitió la solicitud presentada por **ADRIANA LIZBETH MENDOZA TIBATA**, ordenando correr traslado a la demandada **FAMISANAR EPS S.A.S.**

TESIS DE LA ACCIONADA

Trabada la relación jurídica procesal, la accionada **FAMISANAR EPS S.A.S.**, contestó en tiempo la demanda, señalando que, realizó la programación de la consulta requerida por la usuaria, para el 15 de enero de 2024, a las 8:40 am, en el Hospital Infantil Universitario San José, remitiéndole, a la actora, el agendamiento de la consulta, con sus respectivas indicaciones, por lo que considera que, ya fue satisfecha la pretensión perseguida a través del presente proceso, configurándose la carencia actual de objeto por hecho superado.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, mediante sentencia del 18 de enero de 2024, resolvió acceder a las pretensiones de la demanda, ordenando a la demandada FAMISANAR EPSS.A.S., que, en un término no mayor de 5 días, si aun no lo ha hecho, garantice a la demandante ADRIANA LIZBETH MENDOZA TIBATA, la consulta de control o seguimiento por cirugía de mano, programada para el día 15 de enero de 2024, a las 8:40 am, en el Hospital Infantil Universitario San José, según respuesta allegada por la EPS demandada; lo anterior, al considerar que, si bien, FAMISANAR EPS S.A.S., ha adelantado las gestiones administrativas para la prestación efectiva de la tecnología pretendida, lo cierto es que, no puede tenerse como superado el hecho que motivo el presente proceso, dado que, la acción de asignar la cita, por si sola, no garantiza el acceso efectivo a los servicios que requiere la demandante, de manera que, la ESP demandada, no ha actuado de conformidad con la normatividad que rige el sistema de salud, toda vez que, para la fecha de la sentencia, aun no se le han garantizado a la demandante, las tecnologías en salud, pretendidas a través de la presente demanda.

RECURSO INTERPUESTO Y OBJETO

Inconforme con la decisión de la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, la accionada FAMISANAR EPS S.A.S, interpone oportunamente el recurso de apelación, solicitando se revoque el fallo proferido; bajo el argumento, que realizó el agendamiento del servicio a favor de la demandante, el cual fue comunicado a la actora, vía telefónica, por lo que, no se acreditó que exista una negativa injustificada o negligencia demostrada por parte de la EPS, para garantizar los servicios de salud que requiere la demandante.

PROBLEMA JURÍDICO

De acuerdo con la situación fáctica planteada, tanto en la sentencia impugnada, como en el recurso de apelación interpuesto por la accionada FAMISANAR EPS S.A.S, estima la Sala, que el problema jurídico a resolver, en esta instancia, se centra en establecer:

Si en efecto, recae en cabeza de la accionada FAMISANAR EPS S.A.S, la obligación de garantizar oportunamente la tecnología en salud que requiere la demandante, en los términos y condiciones en que lo consideró y decidió la Juez de instancia; lo anterior, con miras a CONFIRMAR, MODIFICAR o REVOCAR la sentencia impugnada.

Previamente a considerar el problema jurídico planteado, advierte la Sala, que se encuentran debidamente configurados los presupuestos procesales; razón por la cual, no existe causal de nulidad alguna que invalide lo actuado a esta altura del proceso.

PREMISA NORMATIVA

Para resolver el problema jurídico planteado, la Sala privilegia como preceptos normativos los siguientes:

El Artículo 48 de la Constitución Política de Colombia, que consagra la seguridad social, como un servicio público y un derecho irrenunciable de todos los habitantes de la Republica de Colombia.

El Artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, que consagra la atención de la salud y el saneamiento ambiental, como servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El artículo 3 de la Ley 100 de 1993, preceptúa que el Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El **artículo 177 de la Ley 100 de 1993**, que define a las Entidades Promotoras de Salud, como las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. **Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados** y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

Por su parte el artículo 159 de la Ley 100 de 1993, establece, que se garantiza a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la debida organización y prestación del servicio público de salud, en los siguientes términos: "1.La atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162, por parte de la Entidad Promotora de Salud respectiva, a través de las Instituciones Prestadoras de servicios adscritas.(...)"

El artículo 22 de la Ley 1438 de 2011, según el cual, todas las Entidades Promotoras de Salud, deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud. Las Entidades Promotoras de Salud, podrán ofrecer los planes de beneficios en los dos regímenes, preservando los atributos de continuidad, longitudinalidad, integralidad, y adscripción individual y familiar a los equipos básicos de salud y redes integradas de servicios.

PREMISA FÁCTICA

Los artículos 60 y 61 del C.P.T.S.S. y 164 del CGP, que imponen al Juez, el deber de fundar toda decisión en las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso.

Descendiendo al caso bajo examen, del análisis conjunto de la prueba recaudada dentro del devenir procesal, consistente en la prueba documental allegada por cada una de las partes, así como del sentido y alcance del cuadro normativo citado en precedencia, fácil resulta concluir a la Sala, que la sentencia de la Juez de Primera Instancia, habrá de **CONFIRMARSE**, por compartir la Sala, los argumentos sobre los cuales apoya su decisión; pues si bien, no desconoce esta Sala, que la EPS demandada, agendó cita a la demandante, para el 15 de enero de 2024, no obstante, la parte demandada, en quien recaía la carga de la prueba, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 167 del C.G.P., no acreditó, dentro del proceso, de forma clara y fehaciente, la prestación material y efectiva de la tecnología en salud, que requiere con urgencia la demandante, de acuerdo con la orden impartida por su médico tratante, obligación que está a cargo de la accionada EPS, conforme a lo preceptuado en el artículo 159 de la Ley 100 de 1993; sustrayéndose la accionada, al cumplimiento de tal obligación, tal como lo consideró y decidió la Juez de instancia; en ese orden de ideas, sin más elucubraciones, no encuentra la Sala, reproche alguna, a la decisión del A-quo, razón por la cual, habrá de **CONFIRMARSE** la sentencia impugnada, por encontrarla ajustada a derecho de acuerdo con las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso.

En los anteriores términos, queda resuelto el recurso de apelación interpuesto por la accionada FAMISANAR EPS S.A.S.

COSTAS

Sin **COSTAS** para esta instancia.

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

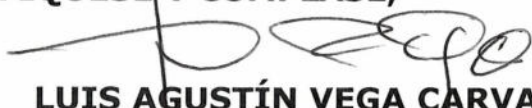
R E S U E L V E

PRIMERO: CONFIRMAR, la sentencia impugnada, de fecha **18 de enero de 2024**, proferida por la **SUPERINTENDENTE DELEGADA**

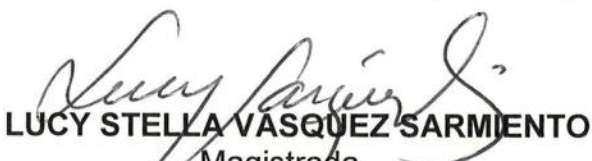
PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: SIN COSTAS en esta instancia.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,



LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL
Magistrado



LUCY STELLA VASQUEZ SARMIENTO
Magistrada



LILLY YOLANDA VEGA BLANCO
Magistrada

República de Colombia

Rama Judicial



**TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL
DE BOGOTÁ D.C.**

SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN DE LA SALA LABORAL

MAGISTRADO PONENTE: DR. LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL

S E N T E N C I A

REF. : Sumario No. 00 2023 01408 01
R.I. : S-3979-24
DE : CLÍNICA MEDICAL S.A.S.
CONTRA : EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS
E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN.

En Bogotá D.C., dieciséis (16) de abril del año dos mil veinticuatro
(2024).

La **Sala Séptima de Decisión, de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá**, Magistrado Ponente LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL, procede a resolver el recurso de apelación, interpuesto por la accionada EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN, contra la sentencia de fecha 03 de agosto de 2023, proferida por la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, dentro del proceso de la referencia.

Acto seguido y previa deliberación, procede la Sala a dictar la siguiente SENTENCIA, no sin antes hacer una breve reseña del caso.

TESIS DEL DEMANDANTE

Afirma la IPS demandante, que prestó sus servicios médicos a 8 pacientes, afiliados a la EPS accionada, los señores María Isabel Garzón de Piza, Josué Romero Medina, Paulino Niño Bermúdez, María Nohora Araujo Pimentel, Laureano Neiva Cucaita, Jorge Enrique Espinoza Marín, Ramiro Beltrán Romero y Edgar Eduardo Rodríguez Ríos, por valor de \$50.465.976; que la demandada, ha realizado la devolución de manera reiterada, de las facturas de los servicios prestados a los pacientes en cita, sin causa justificada; hechos sobre los cuales fundamenta las pretensiones de la demanda.

Mediante auto de fecha 21 de abril de 2021, la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, admitió la solicitud presentada por **CLÍNICA MEDICAL S.A.S.**, ordenando correr traslado a la demandada **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN**.

TESIS DE LA ACCIONADA

Trabada la relación jurídica procesal, la accionada **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN**, contestó en tiempo la demanda, señalando que, se opone a todas y cada una de las pretensiones, argumentando que, no procede el pago, frente a la facturación, que no cumpla con los requisitos legales para su reconocimiento, por parte de la EPS, pues, no está en la obligación de pagar los servicios que no fueron prestados bajo los estándares y requisitos que las normas establecen, por lo que, formuló las causales de devolución que se evidenciaron en la auditoria, y que eran viables objetar ante la IPS, para que las aclarara, pues, la EPS, no puede girar recursos, que puedan derivar en un enriquecimiento sin justa causa; proponiendo como excepciones de mérito, las que denominó inexistencia de vulneración los derechos fundamentales deprecados por la institución demandante e inexistencia de obligación dineraria a cargo de ECOOPSOS EPS S.A.S.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, mediante sentencia del 03 de agosto de 2023, resolvió declarar que las causales de devolución formuladas por la demandada EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN, resultaron infundadas, accediendo a las pretensiones de la demanda, condenando a la accionada **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN**, al pago a favor de la accionante, de la suma de \$50.465.976, por concepto de los servicios prestados a 8 pacientes; lo anterior, al considerar que, la facturación objeto de Litis, presenta devoluciones infundadas, toda vez que el actuar de la IPS demandante, se ajusta al trámite establecido en el artículo 57 de la ley 1438 de 2011, artículos 12 y 13 del Decreto 4747 de 2007 y artículo 4 de la resolución 3047 de 2008, acreditándose la efectiva prestación del servicio.

RECURSO INTERPUESTO Y OBJETO

Inconforme con la decisión de la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, la accionada **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN**, interpone oportunamente el recurso de apelación, solicitando se revoque la sentencia, argumentando que, la sola radicación de la factura ante la EPS y su recibo por parte de la misma, no configura per se, la aceptación de dicho documento, sino que este debe surtir un trámite de auditoría y/o revisión orientada a establecer si esta cumple con los requisitos normativos para su aceptación, en caso de no ser así se debe glosar o devolver al prestador, para su ajuste y corrección, todo lo anterior para connotar la eficacia y plena aplicabilidad del procedimiento en salud que existe, siendo en el caso que nos ocupa de obligatorio cumplimiento exigir los soportes de cada una de las facturas en el trámite para que soporten

el proceso de cobro, o de lo contrario no existiría título para el cobro que se pretende, como en el caso que nos ocupa.

PROBLEMA JURÍDICO

De acuerdo con la situación fáctica planteada, tanto en la sentencia impugnada, como en el recurso de apelación interpuesto por la accionada **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN**, estima la Sala, que el problema jurídico a resolver, en esta instancia, se centra en establecer:

Si recae en cabeza de la demanda **EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN**, la obligación de reembolsar a la IPS demandante, las sumas objeto de condena, en los términos y condiciones en que lo consideró y decidió el A-quo; lo anterior, con miras a **CONFIRMAR, MODIFICAR o REVOCAR** la sentencia impugnada.

Previamente a considerar el problema jurídico planteado, desde ya, advierte la Sala, que se encuentran debidamente configurados los presupuestos procesales, razón por la cual, no existe causal de nulidad alguna que invalide lo actuado a esta altura del proceso, en los términos peticionados por el impugnante.

PREMISA NORMATIVA

Para resolver el problema jurídico planteado, la Sala privilegia como preceptos normativos los siguientes:

El **artículo 152 de la Ley 100 de 1993** desarrolla los fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, determinando su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control; así como las obligaciones que se derivan de su aplicación, con el objeto de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Los **artículos 156 y 177 de la Ley 100 de 1993**, prescriben que, las Entidades Promotoras de Salud, son responsables de garantizar directa o indirectamente la prestación del Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, a través de la suscripción con Instituciones Prestadoras de Salud y profesionales independientes, o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos.

El **artículo 7 del Decreto 1281 de 2002**, señala que las cuentas de cobro, facturas o reclamaciones ante las entidades administradoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, las entidades territoriales y el Fosyga, se deberán presentar a más tardar dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de la prestación de los servicios o de la ocurrencia del hecho generador de los mismos, y, que vencido este término no habrá lugar al reconocimiento de intereses, ni otras sanciones pecuniarias.

El **Artículo 21, del Decreto 4747 de 2007**, según el cual, los prestadores de servicios de salud, deberán presentar a las entidades responsables de pago, las facturas con los soportes que, de acuerdo con el mecanismo de pago, establezca el Ministerio de la Protección Social. La entidad responsable del pago no podrá exigir soportes adicionales a los definidos para el efecto por el Ministerio de la Protección Social.

El **Artículo 22, del Decreto 4747 de 2007**, que señala que, el Ministerio de la Protección Social expedirá el Manual Único de Glosas, devoluciones y respuestas, en el que se establecerán la denominación, codificación de las causas de glosa y de devolución de facturas, el cual es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El **Artículo 23, del Decreto 4747 de 2007**, según el cual, las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en el manual único de glosas, devoluciones y respuestas, definido en el

presente decreto y a través de su anotación y envío en el registro conjunto de trazabilidad de la factura cuando este sea implementado. Una vez formuladas las glosas a una factura, no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.

El prestador de servicios de salud deberá dar respuesta a las glosas presentadas por las entidades responsables del pago de servicios de salud, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su recepción. En su respuesta a las glosas, el prestador de servicios de salud podrá aceptar las glosas iniciales que estime justificadas y emitir las correspondientes notas crédito, o subsanar las causales que generaron la glosa, o indicar, justificadamente, que la glosa no tiene lugar. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas. Los valores por las glosas levantadas deberán ser cancelados dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, informando de este hecho al prestador de servicios de salud. Las facturas devueltas podrán ser enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago, una vez el prestador de servicios de salud subsane la causal de devolución, respetando el período establecido para la recepción de facturas. Vencidos los términos y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, en los términos establecidos por la ley.

El Anexo técnico no. 6, de la resolución 3047 de 2008 modificada por la Resolución 416 de 2009, que, define los siguientes conceptos:

Devolución: como la no conformidad que afecta en forma total la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión preliminar y que impide dar por presentada la factura. Las causales de devolución son taxativas y se refieren a falta de competencia para el pago, falta de autorización, falta de epicrisis, hoja de atención de urgencias u odontograma, factura o documento equivalente que no cumple requisitos legales, servicio electivo no autorizado y servicio ya cancelado. La entidad responsable del pago al momento de la devolución debe informar todas las diferentes causales de la misma.

Autorización: Es la formalización a través de la emisión de un documento o la generación de un registro por parte de la entidad responsable del pago para la prestación de los servicios requeridos por el usuario, de acuerdo con lo establecido entre el prestador de servicios de salud y la entidad responsable del pago. En el supuesto que la entidad responsable del pago no se haya pronunciado dentro de los términos definidos en la normatividad vigente, será suficiente soporte la copia de la solicitud enviada a la entidad responsable del pago, o a la dirección departamental o distrital de salud.

Respuesta a Glosas y Devoluciones: Se interpreta en todos los casos como la respuesta que el prestador de servicios de salud da a la glosa o devolución generada por la entidad responsable del pago.

PREMISA FÁCTICA

De otra parte, los **artículos 60 y 61 del C.P.T.S.S. y 164 del C.G.P.**, imponen al Juzgador, el deber de fundar toda decisión en las pruebas regular y oportunamente aportadas al proceso.

Descendiendo al caso bajo examen, del análisis conjunto de la prueba recaudada dentro del devenir procesal, consistente en la prueba documental allegada por cada una de las partes, así como del sentido y alcance del cuadro normativo y jurisprudencial citado en precedencia, fácil resulta concluir a la Sala, que la sentencia de la Juez de Primera Instancia, habrá de **CONFIRMARSE**, por compartir la Sala, los argumentos sobre los cuales apoya su decisión; si se tiene en cuenta que, la parte demandada, a quien correspondía la carga de la prueba, de acuerdo con lo preceptuado en el artículo 167 del C.G.P., no demostró clara y fehacientemente, dentro del proceso, que las facturas objeto de la presente acción, tuviesen glosas fundadas, asistiéndole a la entidad accionada, la obligación de reconocer y pagar las sumas objeto de condena; si se tiene en cuenta que, las mencionadas facturas fueron debidamente presentadas, dentro de los términos de ley, ante la entidad accionada, con el lleno de los requisitos exigidos, en el Decreto 4747 de 2007, respecto de los 8 pacientes, que fueron atendidos por la IPS

accionante, quienes eran, en su momento, afiliados activos de la accionada EPS, mediando orden del médico tratante, de cada uno de los afiliados asistidos, tal como se estableció con la documental analizada, resultando infundadas las glosas impuestas por la EPS accionada; en ese orden de ideas, no encuentra la Sala, reproche alguno a la decisión del A-quo, razón por la cual, habrá de confirmarse la sentencia impugnada, por encontrarla ajustada a derecho, de acuerdo con las pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso.

En los anteriores términos queda resuelto el recurso de apelación interpuesto por la demandada EMPRESA PROMOTORA DE SALUD ECOOPSOS E.P.S S.A.S EN LIQUIDACIÓN.

COSTAS

Sin costas en esta instancia.

En mérito de lo expuesto, la **SALA SÉPTIMA DE DECISIÓN - DE LA SALA LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D. C.**, administrando Justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

R E S U E L V E

PRIMERO: CONFIRMAR, la sentencia impugnada, de fecha 03 de agosto de 2023, proferida por la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, de acuerdo con lo expuesto en la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: SIN COSTAS en esta instancia.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL

Magistrado

LUCY STELLA VÁSQUEZ SARMIENTO
Magistrada

LILLY YOLANDA VEGA BLANCO
Magistrada