

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



DEMANDANTE: LEYDI KATTERINE MENDEZ LOPEZ  
DEMANDADO: SALUD TOTAL E.P.S.  
RADICADO: 11001 22 05 000 2021 00992 01

108 00000 0 100000  
07257 00000001 00 0000  
*[Firma manuscrita]*

**MAGISTRADA PONENTE: ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN**

Fecha: Bogotá D.C., nueve (09) agosto de dos mil veintiuno (2021)

**S E N T E N C I A:**

**Objeto:** Resolver la impugnación presentada contra la sentencia del 16 de enero de 2020 proferida por la Superintendencia Nacional de Salud.

**SÍNTESIS DE LA DEMANDA**

**Pretensiones:**

Que se ordene el reconocimiento económico de la suma de \$1.197.248 por los gastos en que incurrió por concepto de atención de urgencias a la entidad promotora de salud Salud Total (fl. 1-4).

**Hechos relevantes:**

La señorita Leydi Katterine Mendez Lopez ingresó por urgencias a la clínica Palermo el 23 de septiembre de 2017 a las 9:30 a.m., se le dio ingreso inmediato, al momento de registrar a la paciente preguntaron al acompañante a que EPS estaba afiliada, contestó que SALUD TOTAL, pero al verificar no la encontraron afiliada a la EPS, cuando llamaron a SALUD TOTAL, la entidad informó que estaba afiliada no obstante que no cubría la urgencia y por dicha razón les tocó firmar un pagaré en blanco para que se atendiera la urgencia.

Al momento de la salida de la clínica le correspondió cancelar la factura por valor de \$1.197.248.

**SÍNTESIS DE LA CONTESTACIÓN**

La empresa demandada no contestó la demanda.

## **DECISIÓN DE LA PRIMERA INSTANCIA**

La Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante decisión de 16 de enero de 2020, accedió a la pretensión formulada y ordenó a la entidad promotora a reconocer y pagar a favor de la demandante la suma de \$1.087.748 en el término de cinco (5) días contado a partir de la ejecutoria de la decisión. (fl.36-40).

Para emitir la decisión anterior, consideró que los aseguradores de salud son los responsables del acceso, la calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios de salud y quienes deben responder por toda falla, falta, lesión o enfermedad e incapacidad que se genere en la prestación de los mismos, teniendo en cuenta que en concordancia con el inciso 1º. del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y el numeral 2 de la Circular Externa 066 de 2010 de la Superintendencia Nacional de Salud, se entiende por aseguramiento en salud.

## **IMPUGNACIÓN**

### **Parte apelante: Demandada**

Considera que no se evidencian el cumplimiento de los requisitos del artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 para que opere el reconocimiento de reembolso a la usuaria, porque no se prueba la incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada ni negligencia de la EPS porque la usuaria pudo acudir a cualquier IPS, aunado a que no se evidencia ningún tipo de trámite de autorización del servicio requerido por la accionante en la Clínica Palermo y la solicitud de reembolso solo se hizo hasta el 16 de diciembre de 2016.

Indica que la entidad ha cumplido con las autorizaciones y servicios requeridos por la afiliada.

## **PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER**

Determinar si hay lugar a reembolso solicitado por el accionante por parte de la EPS.

## **CONSIDERACIONES**

### **Elementos de prueba:**

- A folios 5-16, historia clínica.
- A folios 31-32, informe de la clínica Palermo de 5 de febrero de 2018.

### **Marco normativo**

La Ley 1122 de 2007 al consagrar las funciones de la Superintendencia Nacional de Salud le asignó en el artículo 41 literal b) *“el 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”*.

La Ley 1438 de 2011 establece los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre ellos, los de calidad y eficiencia.

La Ley 1751 de 2015, contempla los derechos y deberes de las personas en el artículo 10.

El artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, dispone:

*“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.”*

De acuerdo al marco normativo reseñado, el reconocimiento de reembolsos por gastos de servicios de salud procede en los siguientes casos:

- Por atención de urgencias en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS;
- cuando medie autorización expresa de la EPS para la atención de un caso específico y;

- En casos de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios.

Con el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- La solicitud de reembolso se hace en los quince (15) días siguientes al alta del paciente.
- con la reclamación deberá adjuntarse 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.

Atendiendo lo preceptuado anteriormente, se tiene que en el presente asunto la Superintendencia Nacional de Salud ordenó reconocer y pagar a favor de la demandante la suma de \$1.087.748 en el término de cinco (5) días contados a partir de la ejecutoria de la providencia, decisión respecto de la cual se presentó impugnación porque se considera que no se cumplen los presupuestos de la Resolución 5261 de 1994, artículo 14 y que la entidad ha cumplido con los requerimientos de la demandante.

Revisado el expediente se encuentra el informe rendido por la Clínica Palermo, en cuyo texto se advierte que la actora ingresó el 26 de septiembre de 2017 por el servicio de urgencias, siendo atendida en esa clínica, entidad que al verificar los datos de la paciente encontró que había sido retirada de FAMISANAR EPS con traslado a SALUD TOTAL EPS, y las funcionarias de la EPS indican que la paciente no tiene cobertura por encontrarse en trámite el traslado de EPS. (fl.31-32).

De tal manera que la prueba antes indicada, contrario a lo señalado por la EPS en la impugnación, si acredita la negligencia por parte de la EPS SALUD TOTAL, en la medida que no autorizó los servicios de urgencia de manera inmediata cuando eran requeridos, y, en consecuencia, el argumento no está llamado a prosperar.

Respecto del argumento de la presentación por fuera del término de quince días señalado en la norma, es de anotar que el mismo se tiene en cuenta para la reclamación administrativa, pero no en el presente evento, en que la figura que eventualmente operaría es la de la prescripción y no transcurrió el término trienal señalado en los artículos 488 y 151 de los Códigos Sustantivo del Trabajo y Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

En ese orden de ideas, se acredita la negligencia de la entidad demandada y hay lugar a confirmar la sentencia de primera instancia.

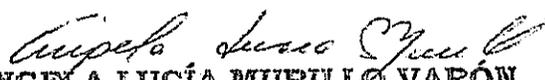
En mérito de lo expuesto, la **SALA LABORAL DEL TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C.**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

**RESUELVE**

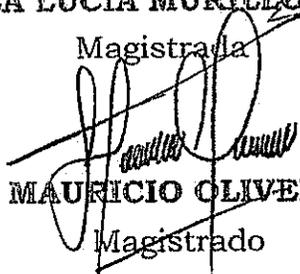
**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia de 16 de enero de 2020 proferida por la Superintendencia Nacional de Salud Delegada para la Función Jurisdiccional y Conciliación, por las razones expuestas.

**SEGUNDO:** Notificar a las partes la presente decisión.

**NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

  
ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN

Magistrada

  
HERNAN MAURICIO OLIVEROS MOTTA

Magistrado

  
HUGO ALEXANDER RÍOS GARAY

Magistrado

SALVO VOTO

