

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN
SALA LABORAL

Magistrado Ponente:
LEONIDAS RODRIGUEZ CORTÉS

Popayán, cinco (05) de diciembre de dos mil veintidós (2022)

PROCESO	PROCESO JURISDICCIONAL
PROCEDENCIA	SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
SEGUNDA INSTANCIA	RESUELVE APELACIÓN PARTE DEMANDADA ASMET SALUD EPS
DEMANDANTE	PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES S.A.S.
DEMANDADO	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA - ASMET SALUD EPS S.A.S.
VINCULADO	CONVIDA EPS S.A.
RADICADO N°	11-001-99-68-000-2018-00072-01
ASUNTO	COBRO DE FACTURA POR SERVICIOS MÉDICOS EN ATENCIÓN DE URGENCIAS ENTRE IPS Y EPS -
DECISIÓN	SE CONFIRMA LA SENTENCIA IMPUGNADA

1. ASUNTO OBJETO DE DECISIÓN

Procede este Tribunal Superior, en su Sala Laboral, a resolver la impugnación presentada por el demandado ASMET SALUD EPS S.A.S., por intermedio de su apoderado judicial, contra la Sentencia S2019-001367 del 10 de octubre de 2019, emitida por el Superintendente Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, dentro del proceso jurisdiccional promovido por la sociedad PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES S.A.S., donde fuera vinculada CONVIDA EPS S.A.

2. ANTECEDENTES

2.1. La demanda:

La sociedad PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES S.A.S., actuando a través de apoderada judicial, acudió ante el Superintendente Nacional de Salud – Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, en ejercicio de su función jurisdiccional, solicitando dirimir el conflicto suscitado y ordenar a ASMET SALUD ESS EPSS el pago de las facturas de venta, por concepto de prestación de servicios médicos a pacientes afiliados, en la cantidad de \$11.804.420; por considerar que, pese a que prestó dichos servicios de manera oportuna y bajo los estándares de calidad, e hizo entrega de los soportes necesarios exigidos por la normatividad vigente, esto es, radicó las facturas junto con los respectivos anexos, la EPS se rehúsa a pagar las cuentas médicas realizando devolución por unas supuestas falencias administrativas dentro de las atenciones médicas, y, no obstante los diferentes acercamientos, no ha sido posible conciliar las cuentas médicas relacionadas en el escrito inaugural (01(4)Demanda).

2.2. Actuación procesal en primera instancia:

Con base en la solicitud anterior, la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, le imprimió el trámite de rigor al proceso y mediante Auto A2018-000442, del 15 de enero de 2018, admite la solicitud presentada por PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES S.A.S., contra ASMET SALUD ESS EPS-S (05(2)AutoAdmisorio). A su vez, se corrió traslado y notificó a la parte demandada en este proceso, a través de correo electrónico, el cual fue enviado el 16 de marzo de 2018, como se comprueba con el documento que milita en el archivo 06(7)NotificacionAdmision.

Con posterioridad, por Auto A2018-003242 del 22 de octubre de 2018 (12(4)AutoVinculaConvidaEPS), se vinculó al proceso a CONVIDA EPS.

2.3. Respuesta de ASMET SALUD ESS:

ASMET SALUD ESS, por intermedio de apoderado judicial, dio respuesta a la demanda (07(18)Contestacion1AsmetSalud),

aceptando parcialmente ciertos los hechos primero y tercero, en cuanto a que la entidad solicitante emitió a cargo de ASMET SALUD dos facturas de venta con números PCH 19485 y PCH 157317, radicadas el 20 de febrero de 2017 y 11 de abril de 2016, respectivamente.

Igualmente, aceptó como cierto el hecho cuarto, respecto a la devolución de las dos facturas radicadas por la IPS, sosteniendo lo siguiente, (i) en cuanto a la Factura Nro. PCH 19485, para ser procedente el pago la IPS debía presentar el informe de atención de urgencias, teniendo en cuenta las condiciones establecidas en los art. 3 y 4 de la Resolución 3047 de 2008, no obstante, en el caso concreto, de acuerdo a la historia clínica aportada, se solicitó la autorización para la prestación del servicio cuando habían transcurrido casi 36 horas posteriores al inicio de la atención de urgencias y a su vez, casi 12 horas posteriores al tiempo en que se supera la atención de urgencias, por tal razón, es claro que la IPS Procardio Servicios Médicos Integrales S.A.S. incumplió con los términos otorgados para la autorización de servicios y así poder hacer efectivo el pago de estos. Aunado a lo anterior, (ii) en cuanto a la Factura PCH 157317, se dice que se está realizando el cobro de los servicios de salud prestados a la señora Marianita Córdoba el 7 de diciembre de 2016, fecha para la cual la citada señora no se encontraba afiliada a Asmet Salud, de lo cual surge que no hay obligación de pago.

Que la IPS respondió a la devolución de forma extemporánea, es decir, presentó una aceptación tácita de la devolución y que las respuestas de la IPS solicitante tampoco logran desvirtuar los motivos que generaron las devoluciones y solicita no acceder a la petición de la parte demandante.

2.4. Respuesta de la autoridad vinculada CONVIDA EPS-S:

En respuesta a la vinculación efectuada por la Supersalud, CONVIDA EPSS presentó descargos en forma escrita, mediante oficio del 13 de diciembre de 2018 (14(2)ContestacionConvidaEPS), y, respecto a los hechos narrados en el libelo demandatario manifestó que no le consta ninguno, teniendo en cuenta que no se vislumbra radicado ante la entidad relacionado con el cobro de facturas referidas por Procardio Servicios Médicos Integrales S.A.S. y no entiende la razón de su vinculación a esta diligencia.

Por otra parte, manifiesta que, de acuerdo con la consulta en la base de datos, la señora Marianita Córdoba, identificada con la C.C. Nro. 26.629.065, estuvo afiliada al régimen subsidiado a través de CONVIDA EPS desde el 04 de marzo de 2016 hasta el 10 de mayo de 2017.

3. LA PROVIDENCIA APELADA

Mediante Sentencia S2019-001367 del 10 de octubre de 2019, el Superintendente Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, resolvió **ACCEDER** a la pretensión formulada por PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES S.A.S., ordenando a la accionada pagar a favor de la IPS solicitante la suma de \$3.754.208, correspondiente a la Factura PHC 194895, por los servicios prestados al señor Marcelino Vásquez Lozano, dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de esa providencia.

Igualmente, DECLARA que ASMET SALUD EPS no es responsable del pago de la factura PHC 157317, toda vez que la glosa impuesta bajo el código 816 (*usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable*), es fundada. En consecuencia, DECLARA a CONVIDA EPS responsable del pago de dicha factura, a favor de la IPS accionante, ordenando el pago de \$8.050.212, dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de esa providencia (17(10)Sentencia).

Como fundamento de la decisión, después hacer mención al marco normativo aplicable (artículos 57 y 126 de la Ley 1438 de 2011, artículo 7° del Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 4747 de 2007, artículos 22 y 23; el Decreto 663 del 2 de abril de 1993 y la Resolución Nro. 3047 de 2008, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, incluido el Anexo Técnico N° 6 denominado Manual Único de Glosas y Devoluciones del Ministerio de la Protección Social); así como el archivo Excel denominado “*Revisión Técnica J-2018-0072*”, emitido por la profesional en salud Gloria Damiana Russi Melo, que hace parte del grupo técnico de esa superintendencia, concluyó, con respecto a la Factura PCH 194895, se cumplió con la normatividad precitada anteriormente, toda vez que, antes del vencimiento de la autorización inicial, la demandante hizo a la EPS la respectiva solicitud por los servicios adicionales que se desprendían de la autorización inicial de urgencias, desestimando con ello lo argumentado por la defensa, en relación con la falta de remisión correspondiente, resultando

por lo tanto infundada la glosa codificada bajo el número 821 “*autorización principal no existe*”.

Con respecto a la Factura PCH 157317, para la fecha de atención de urgencias, del 11 al 17 de marzo de 2016, la usuaria se encontraba afiliada a CONVIDA EPS, razón por la cual es dicha EPS la responsable del pago de la factura emitida por la IPS accionante, siendo entonces fundada la devolución realizada por ASMET SALUD bajo el código 821 (*usuario o servicios corresponde a otro plan o responsable*).

4. IMPUGNACIÓN

ASMET SALUD ESS impugnó de forma oportuna la decisión emitida por el Superintendente Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, de la Superintendencia Nacional de Salud, en contra de los numerales primero y segundo de la sentencia del 10 de octubre de 2019, anexando para tal efecto tanto el memorial de “contestación” como las pruebas anexas a este, entendiendo la Sala que la EPS reitera los argumentos expuestos en su defensa desde la primera intervención que hizo dentro de este asunto especial por intermedio de su contestación, siendo estos los motivos de su inconformidad contra el fallo de primera instancia¹.

5. COMPETENCIA DE LA SALA LABORAL PARA RESOLVER LA IMPUGNACIÓN

La Sala deja en claro, siguiendo el texto del literal b) del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:

ARTÍCULO 41. FUNCIÓN JURISDICCIONAL DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. <Artículo modificado por el artículo 6 de la Ley 1949 de 2019. El nuevo texto es el siguiente:> *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*

¹ (20(32)RecursoApelacionAsmetSaludEPS).

conocer y fallar en derecho, y con las facultades propias de un juez en los siguientes asuntos:

(... ...)

f) Conflictos derivados de las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

(... ...)”.

Ahora, en atención a lo dispuesto en el párrafo segundo del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por el artículo 126 de la Ley 1438 de 2011, las decisiones proferidas por la Superintendencia Nacional de Salud, dentro del procedimiento jurisdiccional de la referencia, pueden ser impugnadas dentro de los tres (3) días siguientes a la notificación, como ocurrió en este caso, pues, la sentencia S-2019-01367 del 10 de octubre de 2019 fue notificada mediante correo electrónico el día 16 de enero de 2020 y fue impugnada mediante escrito recibido por ese mismo medio el 21 de enero de 2020.

El conocimiento en segunda instancia corresponde a este Tribunal Superior en su Sala Laboral, por disposición del numeral 1° del artículo 30 del Decreto 2462 de 2013 “*Por medio del cual se modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud*”, el cual señala:

“ARTÍCULO 30. Funciones del Despacho del Superintendente Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación. Son funciones del Despacho del Superintendente Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, las siguientes:

*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.***

(...)”.-Negrilla de la Sala-

En el asunto objeto de litigio, la parte apelante es la empresa ASMET SALUD ESS EPS, quien tiene su domicilio principal en la ciudad de Popayán, de conformidad con lo que aparece en el certificado de existencia y representación legal aportado al expediente, expedido por la Cámara de Comercio del Cauca (09(84)AnexosContestacion1AsmetSalud, páginas 1 a 19, del expediente de la Supersalud).

Por lo tanto, no cabe duda, por el factor funcional y territorial es este TRIBUNAL SUPERIOR en su SALA LABORAL la competente para decidir la impugnación presentada dentro del presente proceso.

6. ALEGATOS DE SEGUNDA INSTANCIA

La demandada ASMET SALUD EPS SAS, en la oportunidad procesal alegó de conclusión (06(5)Alegatos Segunda InstanciaAsmetSalud), e insiste que la Superintendencia no tuvo en cuenta que, de conformidad con el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007, que la misma sentencia transcribe en su parte motiva, **“todo prestador de servicios de salud debe informar obligatoriamente a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención”**, sin embargo en el plenario no obra prueba alguna que acredite que la IPS PROCARDIO SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SAS hubiere enviado el informe de la atención inicial de urgencias referido a las atenciones brindadas al señor Marcelino Vásquez Lozano.

Que, contrario a ello, ASMET SALUD EPS al realizar la auditoria de la factura No. PCH 194895 y por medio de los oficios No.227421 y 236170, los cuales se aportaron con la contestación de la demanda, se logró probar que la mentada factura fue objeto de devolución en tanto se configuró una de las causales taxativas, específicamente la inexistencia de la autorización principal de los servicios, esto debido a que la solicitud de servicios fue presentada extemporáneamente.

En ese orden de ideas, indica que es claro que a pesar de que el usuario ingresó el 28 de diciembre de 2016 a las 11:06 pm, al servicio de urgencias de la IPS accionante, dicha IPS NO envió el informe de atención inicial de urgencias dentro de las 24 horas

siguientes al inicio de la atención, contrario a ello los únicos soportes que se aportan en la demanda corresponden a los enviados el día 30 de diciembre a partir de las 10:13 am, siendo claro además que no existe autorización inicial emitida por ASMET SALUD EPS SAS, en tanto la misma no reposa en los archivos de la EPS y menos aún como medio probatorio en el proceso jurisdiccional.

De igual manera, resalta que la IPS demandante dio respuesta a la devolución de la factura de manera extemporánea, configurándose con ello la aceptación de la causal de no pago, en tanto guardó silencio dentro del término legal para presentar la objeción a la devolución.

Conforme hasta lo aquí escrito, para la parte impugnante existen varias inconsistencias con respecto a la decisión tomada por el a quo, en razón a que no se tuvo en cuenta el material probatorio arrimado al proceso, así como tampoco se realizó un análisis respecto de los trámites de la auditoria que conllevaron a que la EPS no realizará el pago de la factura. En consecuencia, aduce que es claro que la IPS PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES SAS no tiene el derecho de reclamar el pago de la factura PCH 194895.

7. ASUNTOS POR RESOLVER

De acuerdo con las condenas impuestas en primera instancia y los argumentos expuestos por la entidad accionada en su impugnación, corresponde a esta Sala estudiar el siguiente **problema jurídico**:

¿Se ajusta al ordenamiento jurídico vigente que ASMET SALUD EPS SAS realice el pago de la factura PHC 194895, a favor de la IPS PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES S.A.S., por la prestación de servicios de salud brindados al afiliado Marcelino Vásquez Lozano entre los días 28/12/2016 y el 31/12/2016?

Se debe estudiar como problema jurídico asociado, si en este caso procede la aplicación del principio superior de la primacía del derecho sustancial, sobre las formalidades previstas para el cobro de los servicios médicos de urgencias.

8. RESPUESTA AL PROBLEMA SOBRE LA OBLIGACIÓN DEL PAGO DE LA FACTURA PCH 194895 POR SERVICIOS DE SALUD

Frente a esta controversia, la respuesta de la Sala se dirige a CONFIRMAR la sentencia impugnada, por cuanto, si bien la IPS PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES S.A.S. no realizó ante la EPS ASMET SALUD los procedimientos previstos para informar sobre la atención inicial de urgencias al afiliado, dentro de los términos legales, en todo caso, sí está probado que prestó los servicios de urgencias objeto de cobro mediante la factura PHC 194895, por razón de una autorización vía telefónica que obtuvo de la EPS demandada y la remisión de los informes de los servicios inicial y posteriores de urgencias conforme a los formatos preestablecidos, en consecuencia, se debe aplicar el principio superior de la primacía del derecho sustantivo sobre las simples formalidades, tal cual se desprende de la sentencia impugnada y que esta Sala avala.

Se arriba a la anterior conclusión, con fundamento en las siguientes premisas jurídicas y fácticas:

8.1. De conformidad con el tenor literal del artículo 228 de la CP, se dispone:

ARTICULO 228. *La Administración de Justicia es función pública. Sus decisiones son independientes. Las actuaciones serán públicas y permanentes con las excepciones que establezca la ley y **en ellas prevalecerá el derecho sustancial.** Los términos procesales se observarán con diligencia y su incumplimiento será sancionado. Su funcionamiento será desconcentrado y autónomo.*

Sobre los alcances del aparte resaltado, la Corte Constitucional, entre otras, en la sentencia C-426 de 2002, tiene definido:

“6.11. Con razón esta Corporación ha sostenido que “[e]l derecho a acceder a la justicia no cumple su finalidad con la sola consagración formal de recursos y procedimientos, sino que requiere que éstos resulten realmente idóneos y eficaces”^[24]. Este criterio hermenéutico, que recoge en gran medida el fundamento universal de lo que en esencia es el derecho a la tutela judicial efectiva, juega un papel de singular importancia en su proceso de consolidación y desarrollo a nivel legal, pues permite concluir que la aplicación de la ley sustancial y procesal debe cumplirse a partir de un criterio de interpretación sistemática, que obligue al operador a fijar su alcance consultando los principios, derechos y garantías que consagra la Constitución Política, los cuales, como es sabido, constituyen a su vez la base o punto de partida de todo el ordenamiento jurídico.”^[38]

“En este punto resulta entonces relevante, la referencia consagrada en el artículo 228 de la Carta, sobre la prevalencia del derecho sustancial sobre la forma, en la medida en que la interpretación que se haga de las normas procesales que consolidan el acceso a la justicia, en virtud de este principio, debe entenderse “en el sentido que resulte más favorable al logro y realización del derecho sustancial, consultando en todo caso el verdadero espíritu y finalidad de la ley”.^[39]”

En la sentencia C-183 de 2007, reitera:

“Por consiguiente, el acceso a la justicia y los procedimientos que lo desarrollan, deben “cumplirse a partir de un criterio de interpretación sistemática, que obligue al operador a fijar su alcance consultando los principios, derechos y garantías que consagra la Constitución Política, los cuales, como es sabido, constituyen a su vez la base o punto de partida de todo el ordenamiento jurídico”

Por otra parte, en sede de tutela (T-268 de 2010) la Corte Constitucional tiene sentada su línea en punto al quebrantamiento del principio superior de la prevalencia del derecho sustantivo, al citar el siguiente aparte de la sentencia T-264 de 2009:

“por “exceso ritual” en eventos en los cuales el juez vulnera el principio de prevalencia de derecho sustancial o el derecho al acceso a la administración de justicia por “(i) dejar de inaplicar disposiciones procesales que se oponen a la vigencia de derechos constitucionales en un caso concreto; (ii) exigir el cumplimiento de requisitos formales de forma irreflexiva, aunque en determinadas circunstancias puedan constituir cargas imposibles de cumplir para las partes, siempre que esa situación se encuentre comprobada; o (iii), incurrir en un rigorismo procedimental en la apreciación de las pruebas”.

8.2. La atención en salud, de acuerdo con lo señalado en el artículo 49 de la Constitución Política, es un servicio público a cargo del Estado. Es así que mediante la expedición de la Ley 100 de 1993 “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, se establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de la prestación del Servicio Público Esencial de Salud.

8.3. A su vez, el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 3° de la Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”, prevé como uno de los principios del SGSSS: la sostenibilidad, en virtud del cual, “Las prestaciones que reconoce el

sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito (...)”.

En este orden, el legislador dictaminó la necesidad de velar por el flujo de los recursos de la salud, de manera que éstos se irrigen entre los actores del sistema general en salud de manera eficiente, desde las EPS hasta el último eslabón en la prestación del servicio de salud.

Las anteriores medidas fueron complementadas por los artículos 56 y 57 de la Ley 1438 de 2011, así:

ARTÍCULO 56. PAGOS A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes que establezca el Gobierno Nacional según el mecanismo de pago, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1122 de 2007.
(...)”

ARTÍCULO 57. TRÁMITE DE GLOSAS. Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) 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 la normatividad vigente. 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, indicando su aceptación o justificando la no aceptación. La entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción de la respuesta, decidirá si levanta total o parcialmente las glosas o las deja como definitivas.

Si cumplidos los quince (15) días hábiles, el prestador de servicios de salud considera que la glosa es subsanable, tendrá un plazo máximo de siete (7) días hábiles para subsanar la causa de las glosas no levantadas y enviar las facturas enviadas nuevamente a la entidad responsable del pago.

Los valores por las glosas levantadas total o parcialmente deberán ser cancelados dentro del mismo plazo de los cinco (5) días hábiles siguientes, a su levantamiento, informando al prestador la

justificación de las glosas o su proporción, que no fueron levantadas.

Una vez vencidos los términos, y en el caso de que persista el desacuerdo se acudirá a la Superintendencia Nacional de Salud, bien sea en uso de la facultad de conciliación o jurisdiccional a elección del prestador, en los términos establecidos por la ley.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos para desestimular o sancionar el abuso con el trámite de glosas por parte de las entidades responsables del pago.

Conforme al tenor literal de estas normativas, surge claramente la obligación de las Entidades Promotoras de Salud de pagar los servicios de salud suministrados por las Instituciones Prestadoras de Salud, dentro de los plazos, condiciones, términos y porcentajes establecidos en la Ley 1122 de 2007 y en el Reglamento que para el efecto haya proferido el Gobierno Nacional.

8.4. Ahora bien, el trámite referido es objeto de reglamentación por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el Anexo Técnico No. 6 de la Resolución 3047 de 2008 *“Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747”*, modificada por las Resoluciones 416 de 2009 y 4331 de 2012.

De esta forma, la facturación entre las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud se encuentra reglada, siendo necesario remitirnos especialmente a lo dispuesto en el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007², los artículos 3° y 4° de la ya citada Resolución Nro. 3047 de 2008, normas que fueron aplicadas al caso por parte del Superintendente Delegado para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, y cuya interpretación ha sido cuestionada por la parte impugnante.

En su orden, el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007 dispone:

Artículo 12. Informe de la atención inicial de urgencias. Todo prestador de servicios de salud deberá informar obligatoriamente

² Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

a la entidad responsable del pago, el ingreso de los pacientes al servicio de urgencias dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención. El informe de atención inicial de urgencias se realizará mediante el diligenciamiento y envío del formato correspondiente, el cual será definido por el Ministerio de la Protección Social.

A su vez, los artículos 3° y 4° de la Resolución Nro. 3047 de 2008 regulan el formato para el informe de la atención inicial de urgencias, así como formato y procedimiento para la solicitud de autorización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, así:

ARTÍCULO 3o. FORMATO Y PROCEDIMIENTO PARA EL INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. El informe de la atención inicial de urgencias de que trata el artículo 12 del Decreto 4747 de 2007 adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 2 que hace parte integral de la presente resolución. El envío del informe a la entidad responsable del pago se realizará dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la atención, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso 2o del artículo 8o del Decreto 3990 de 2007³ o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados de envío del reporte a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, dentro del término establecido en el inciso anterior, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir el informe de la atención inicial de urgencias por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

En caso de no lograrse comunicación con las direcciones municipales o distritales, se deberá enviar el informe de atención inicial de urgencias a la dirección departamental de salud.

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable del pago devolver la factura o

³ Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, que presten los servicios médicoquirúrgicos de que trata este Decreto deberán reportar este hecho a la Entidad Promotora de Salud o a la Administradora de Riesgos Profesionales, según corresponda, a la cual se encuentre afiliada la víctima y a la aseguradora del Soat, dentro de tres (3) días siguientes a la atención.

generar glosa con el argumento de que la atención inicial de urgencias no le fue informada oportunamente.

(... ...)

PARÁGRAFO 2o. Si durante las 24 horas siguientes al inicio de la atención inicial de urgencias el prestador de servicios solicita autorización de servicios de salud posteriores a dicha atención, no será necesario el envío del informe de la atención inicial de urgencias y solamente se enviará el formato de solicitud de autorización de servicios definido en el Anexo Técnico número 3 que hace parte integral de la presente resolución. (Negrilla y subrayado propio).

ARTÍCULO 4o. FORMATO Y PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POSTERIORES A LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS. Si para la realización de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias, en el acuerdo de voluntades se tiene establecido como requisito la autorización, se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico número 3 que hace parte integral de la presente resolución.

La solicitud de autorización para continuar la atención, una vez superada la atención inicial de urgencias, se realizará dentro de las cuatro (4) horas siguientes a la terminación de dicha atención. En caso que se requieran servicios adicionales a la primera autorización en el servicio de urgencias o internación, la solicitud de autorización se deberá enviar antes del vencimiento de la autorización vigente, o a más tardar dentro de las doce (12) horas siguientes a su terminación. (Se subraya).

En caso de que luego de tres (3) intentos de envío debidamente soportados a los medios de recepción de información establecidos en el artículo 10 de la presente resolución, en un período no menor de cuatro (4) horas, con intervalos entre cada intento no menor a media hora, el prestador de servicios de salud no logre comunicación con la entidad responsable del pago, deberá remitir la solicitud de autorización por correo electrónico como imagen adjunta o vía fax a la dirección territorial de salud en la cual opere el prestador de servicios de salud, así: los ubicados en municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, lo enviarán a su respectiva dirección municipal de salud, los ubicados en distritos lo enviarán a la dirección distrital de salud y los ubicados en los demás municipios deberán enviarlo a la dirección departamental de salud.

(...)

La constancia de este envío se anexará a la factura, quedando prohibido para la entidad responsable de pago objetar el pago de los servicios con el argumento de que no le fue solicitada la autorización oportunamente.

El prestador de servicios de salud insistirá en la comunicación con la entidad responsable del pago, procurando que los servicios cuenten con la autorización correspondiente.

(...)

PARÁGRAFO 2o. En caso de que no haya sido posible definir la entidad responsable del pago en el término establecido, el prestador de servicios de salud, deberá reportar el requerimiento de servicios a la dirección territorial así: a la dirección municipal en el caso de los municipios categoría especial, primera categoría y segunda categoría, a la dirección distrital en el caso de los distritos y a la dirección departamental en los demás casos, utilizando el formato y los medios de envío definidos en el presente artículo.

(...).

8.5. HECHOS PROBADOS RELEVANTES:

8.4.1. Revisados los anexos a la demanda (03(290)AnexosDemanda, pág.2, 4 y 8), los servicios facturados PHC 194895, corresponden del 28/12/2016 al 31/12/2016, por atención de urgencias al paciente Marcelino Vásquez Lozano y el valor de la cuenta asciende a la cantidad de \$3.754.208.

8.4.2. Asmet Salud, por su parte, realizó objeciones a esa facturación (03(290)AnexosDemanda, pág.1), con fundamento en que la trazabilidad anexa se encontraba extemporánea, al no cumplir con los tiempos y plazos estipulados en la Resolución Nro. 3047 de 2008 (artículos 3º y 4º), por cuanto el paciente ingresa el 28/12/2016 y se presenta solicitud ante la EPS el 30/11/2016 (sic).

El motivo de la objeción fue el siguiente: “**821 AUTORIZACIÓN PRINCIPAL NO EXISTE** O NO CORRESPONDE AL PRESTADOR DE SERVICIOS”. (Se subraya)

La devolución tiene fecha de recibido por la entidad accionante el 09 de marzo de 2017⁴ (13 días hábiles).

La IPS actora no aceptó la devolución 03(290)AnexosDemanda, pág.10), por considerar que se prestaron servicios adicionales al ingreso inicial de urgencias y se reportó el ingreso del paciente a la EPS dentro del término de las 12 horas, de conformidad con el artículo 3 de la Resolución 3047.

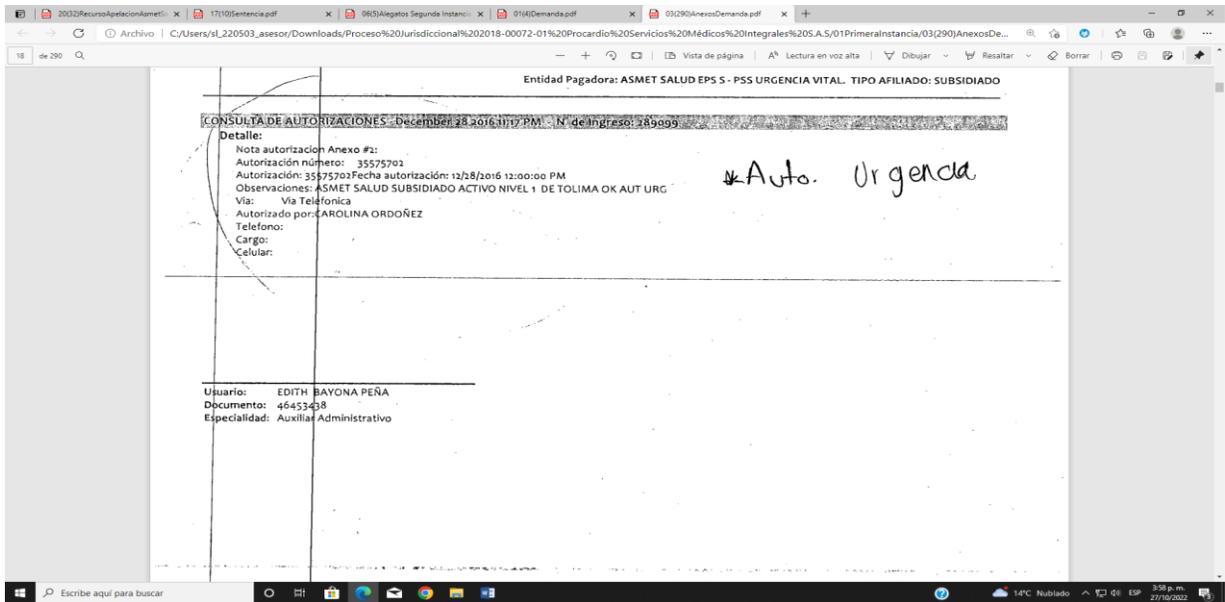
8.4.3. Conforme la factura de venta (03(290)AnexosDemanda, pág.8), la fecha de ingreso del paciente fue el 28/12/2016, a las 11:06 PM, y la fecha de egreso el 31/12/2016, a las 8:11 AM. Y, según los correos electrónicos que obran al expediente (Pág.19 y 20, archivo digital #3, ibidem), la entidad demandante solicitó autorización por la atención del paciente Marcelino Vásquez Solano, el día 30 de diciembre de 2016, a las 10:13, 11:12 y 11:49, a varias direcciones electrónicas de Asmet Salud y a la Gobernación de Cundinamarca, con dos archivos adjuntos, para solicitar la estancia en habitación del paciente los días 29-30-31 de diciembre de 2016, y 1-2 de enero de 2016.

Igualmente, en la página 22, archivo digital #3, obran otros correos electrónicos enviados el 31 de diciembre de 2016, de la IPS a la EPS, a las 12:49 y 13:21, solicitando autorizar la estancia en cuidados intensivos del paciente el 30-31 de diciembre de 2016 y 01 de enero de 2017. Estos correos electrónicos en los que aparece el envío del mensaje no son desconocidos por la pasiva y no fueron objeto de tacha alguna.

Junto a los correos se anexa el formato de autorización de servicios de salud del Ministerio de la Protección Social (páginas 21 y 23, archivo digital #3, de los anexos), en el cual, en el ítem “*Tipo de servicios solicitados*”, se marca con una X el recuadro que dice “*Posterior a la atención inicial de urgencias*” y además, se adjunta la historia clínica que da cuenta de los servicios prestados desde el ingreso del afiliado a urgencias por enfermedad común, quedando en evidencia, con los correos electrónicos enviados el 30 y 31 de diciembre de 2016 se rindió el informe de todos los servicios iniciales y posteriores a la atención de urgencias.

⁴ Archivo: 03(290)AnexosDemanda, páginas 6 y 7; o página 31 del archivo 09(84)AnexosContestacion1AsmetSalud.

8.4.4. Finalmente, en la página 18 del archivo digital #3 (anexos a la demanda) encontramos formato de consulta de autorización en el que se lee:



CONCLUSIONES:

1. Conforme a los medios de convicción reseñados, (i) la Factura de Venta Nro. PHC-194895 del 07/01/2017, junto con (ii) la historia clínica (03(290)AnexosDemanda, pág.8 y 24 a 50) y (iii) la contestación de la demanda, aparece debidamente probada la prestación de los servicios médicos en la modalidad de URGENCIAS desde el 28 de diciembre de 2016 a las 11:06 AM y durante la días 29, 30 y 31 del mismo mes y año, por la IPS demandante Procardio Servicios Médicos Integrales, al paciente Marcelino Vásquez Solano, afiliado a la EPS ASMET SALUD.

2. Ahora, en relación con el cumplimiento de las formalidades previstas en los artículos 3 y 4 de la Resolución 3047 de 2008, por la IPS demandante, sobre la forma y plazo para rendir el informe sobre la prestación de los servicios de urgencias y posteriores ante la EPS demandada, la Sala considera, si bien es cierto no se cumplieron al pie de la letra, en todo caso, sí existen evidencias probatorias, no tachadas por la pasiva, de la llamada telefónica realizada por la IPS ante la EPS, dentro del plazo de las 24 horas del inicio de la atención de urgencias, al momento en que ingresa el paciente y la EPS suministra por esta vía la autorización número 35575702 que se reseñó en el numeral 8.4.4.

Además, se informó de la atención posterior a la inicial de urgencias, por correo electrónico, a la EPS ASMET SALUD (entidad

responsable del pago), los días 30 de diciembre de 2016, a las 10:13, 11:12 y 11:49 y 31 de diciembre de 2016, a las 12:49 y 13:21, tal como quedó demostrado con los anexos a la demanda.

Es decir, con respecto a la atención inicial de urgencias y posterior a la inicial de urgencias, la IPS PROCARDIO SERVICIOS MÉDICOS INTEGRALES S.A.S. cumplió en parte, ante la EPS demandada, lo dispuesto en los artículos 3° y 4° de la Resolución Nro. 3047 de 2008, en particular con lo dispuesto en el párrafo 2° del citado artículo 3° de la Resolución 3047 de 2008, aplicable al caso, toda vez que la atención inicial de urgencias se prolongó, para continuar con los procedimientos médicos y cuidados necesarios que garantizaran la vida del afiliado, en consecuencia, la IPS quedó habilitada para presentar un solo informe de los servicios ante la EPS, tal cual se infiere del referido párrafo 2°.

Ante tales conductas probadas y siguiendo las orientaciones jurisprudenciales reseñadas en el numeral 8.1., se impone la aplicación del principio superior de la prevalencia del derecho sustantivo, sobre las meras formalidades, para garantizar a la IPS demandante el derecho al pago de los servicios médico-asistenciales que le prestó al afiliado de la EPS demandada, toda vez que aparece evidente el excesivo ritualismo previsto en los artículos 3 y 4 de la resolución 3047 de 2008, que no puede imponerse en este caso, porque está en contravía de los derechos sustantivos de la parte demandante para obtener el pago de los servicios médicos que prestó al afiliado de la EPS demandada.

En consecuencia, se confirma la sentencia impugnada.

9. COSTAS

Como quiera no prosperó el recurso de apelación, se impone la condena en costas de esta instancia, a la parte demandada y a favor de la parte demandante. Las agencias en derecho se liquidan por el Magistrado ponente, en la oportunidad procesal.

10. DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, el **TRIBUNAL SUPERIOR DE DISTRITO JUDICIAL DE POPAYÁN, SALA LABORAL**, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

RESUELVE

PRIMERO: SE CONFIRMA la sentencia impugnada, de conformidad con las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO: SE CONDENA en costas de segunda instancia a la parte demandada, como se dijo en la parte motiva.

TERCERO: Devuélvase el expediente a la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, previo registro de su salida definitiva.

CUARTO: La presente sentencia se notificará a las partes a través de la Secretaría Laboral de este Tribunal Superior, por **ESTADO ELECTRÓNICO**, con la inserción de la copia de la presente providencia, para conocimiento de las partes y apoderados.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los Magistrados,


Firma válida
providencia judicial
LEONIDAS RODRIGUEZ CORTES
MAGISTRADO PONENTE


Firma válida
providencia judicial
CLAUDIA CECILIA TORO RAMÍREZ
MAGISTRADA SALA LABORAL


Firma válida
providencia judicial
CARLOS EDUARDO CARVAJAL VALENCIA
MAGISTRADO SALA LABORAL