

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 2022 00433 01
R.I. : S-3241-22
DE : JAIME LEÓN BERNAL CUELLAR.
CONTRA : FAMISANAR EPS.

En Bogotá D.C., a los cuatro (04) días del mes de mayo del año dos mil veintidós (2022).

Procede la **Sala Séptima de Decisión, de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Distrito Judicial de Bogotá**, Magistrado Ponente LUIS AGUSTÍN VEGA CARVAJAL, a resolver el **recurso de apelación, interpuesto por el accionante JAIME LEÓN BERNAL CUELLAR**, contra la sentencia de fecha **23 de octubre de 2020**, 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 el accionante, **JAIME LEÓN BERNAL CUELLAR**, a nivel de síntesis, que, el día 12 de abril de 2018, acudió por urgencia a las instalaciones del HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ; que, el diagnóstico de ingreso fue COLECISTITIS AGUDA, determinando como plan de manejo terapéutico, en respuesta al cuadro clínico diagnosticado, CIRUGÍA GASTROINTESTINAL MÍNIMAMENTE INVASIVA, que, al presentar mejoría en los cuidados pos-operatorios, le dieron salida, el día 16 de abril de 2018, realizándose el día 23 de abril de 2018, el último control pos-operatorio; que asumió la totalidad de los costos derivados de la atención médica que recibió en el HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ, cancelando la suma de \$35.168.256, que el día 16 de mayo de 2018, radicó ante la EPS demandada, solicitud de reembolso de dicha suma, que, el día 12 de junio de 2018, la demandada, mediante oficio No. 39232, dio respuesta negativa a la solicitud de reembolso presentada, argumentando la presentación extemporánea de la solicitud, que, en atención a ello, los días 12 de junio y 24 de julio de 2018, radicó nuevamente ante la EPS demandada, solicitud de reembolso, argumentando que la atención médica concluyó el día 23 de abril de 2018, recibiendo respuesta negativa, por parte de la demandada, mediante oficio No. 60062, argumentando que, no se evidencia solicitud de servicios a través de la ruta establecida por la EPS, citando el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994; hechos sobre los cuales fundamenta sus pretensiones.

Mediante auto de fecha 27 de noviembre de 2018, la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, admitió la solicitud presentada por **JAIME LEÓN BERNAL CUELLAR**, ordenando correr traslado a la demandada **FAMISANAR EPS**, y al **HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**. (Fol. 35 y 36).

TESIS DE LA ACCIONADA

Trabada la relación jurídica procesal, la accionada **FAMISANAR EPS**, contestó en tiempo la demanda, oponiéndose a las pretensiones de la misma; bajo el argumento que, el demandante, es afiliado en categoría C, lo que le permite acceder por voluntad propia a la IPS HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ, entidad hospitalaria que no cuenta con contrato, ni convenio alguno con la EPS FAMISANAR; que, consultado el sistema de autorizaciones de la EPS, no obra solicitud de autorización de servicio médico alguno elevada por el accionante; que, de la documental allegada, no se evidencia solicitud de atención de urgencias, ni solicitud de prestación de servicios, relacionados con la patología objeto de reembolso, radicada por el afiliado; que, en las facturas aportadas, no es claro los rubros de insumos y medicamentos que se pretenden recobrar; finalmente, indica que el recobro solicitado es extemporáneo, de conformidad con el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, contado el demandante, con 15 días para realizar la solicitud de radicación de reembolso, terminó que fenecía el día 08 de mayo de 2018, presentando la solicitud solo hasta el 16 de mayo de 2018. (CD Fol. 68).

Por su parte el **HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ**, al atender el requerimiento efectuado por la Superintendencia, señaló que, el señor JAIME LEÓN BERNAL CUELLAR, ingresó como particular, el día 12 de abril de 2018, por consulta externa para exámenes pre-quirúrgicos y programación de cirugía, que la FSFB, en la actualidad no hace parte de la red hospitalaria prestadora de servicios a FAMISANAR EPS, que, al momento del ingreso del paciente, se hizo la validación de derechos correspondientes, identificando a la EPS demandada, como la entidad prestadora de salud del actor, no obstante, el demandante, fue quien realizó el pago anticipado, bajo el presupuesto No. 0695, para la programación de la cirugía, que la FSFB, no realizó reporte a FAMISANAR EPS, en vista de que el paciente ingreso como particular por consulta externa, mas no por urgencias, no realizándose por esa razón, tampoco el trámite de referencia y contra referencia.

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA

La **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, mediante sentencia del **23 de octubre de 2020**, resolvió no acceder a las pretensiones de la demanda; lo anterior, al considerar que, en el presente asunto, el accionante, ingreso el día 12 de abril de 2018, por consulta externa de manera particular, a la Fundación Santa Fe de Bogotá, sin que exista registro en la historia clínica, ni en los registros hospitalarios, que dicha atención correspondiera a una de urgencias, aunado a que, dentro del plenario, no obra documental alguna que permita colegir, que el demandante, realizó alguna gestión ante la EPS demandada, para la autorización del procedimiento quirúrgico, dentro de la redes prestadoras de FAMISANAR, o la negativa injustificada o negligencia demostrada por parte de la EPS, en la realización del procedimiento requerido, no siendo procedente el reconocimiento económico petitionado, en los casos en los que a motu propio, el afiliado decide acudir a los servicios médicos requeridos de manera particular; pues, en sano entendimiento, la estructura del sistema general de seguridad social en salud, permite que, el afiliado, primero acuda a las clínicas y médicos que le ofrece su EPS, quienes son los obligados a prestar los servicios de salud requeridos, y, de no ser posible, acuda ante una prestadora no adscrita a la red de la EPS, por urgencias, o por un evento programado. (Fol. 79 a 86).

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**, el accionante **JAIME LEÓN BERNAL CUELLAR**, interpone oportunamente el recurso de **APELACIÓN**, solicitando se revoque el fallo proferido, y, en su lugar, se acceda a las pretensiones de la demandada, argumentando que, las patologías presentadas obedecían a una urgencia médica, siendo esta una de las causales de procedencia del reembolso, petición que elevó en terminó, una vez se restauró su estado de salud, conforme lo establece el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994. (Fol. 92 a 112).

PROBLEMA JURÍDICO

De acuerdo con la situación fáctica planteada, tanto en la sentencia impugnada, como en el recurso de apelación interpuesto por el accionante **JAIME LEÓN BERNAL CUELLAR**, estima la Sala, que el problema jurídico a resolver, en esta instancia, se centra en establecer:

Si recae en cabeza de la demanda **FAMISANAR EPS**, la obligación de reembolsar al demandante, las sumas pagadas por este, objeto de la presente acción, en los términos y condiciones alegadas en el libelo demandatorio; lo anterior, con miras a **CONFIRMAR o REVOCAR** la sentencia impugnada

Previamente a considerar el problema jurídico planteado, advierte la Sala que se encuentran debidamente configurados los presupuestos procesales; por lo tanto, 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, consagra la atención de la salud como servicio 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.

Por su parte **el artículo 159 de la misma Ley**, 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. 2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional..."

El artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece que, "Las entidades promotoras de Salud, a las que este 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 IPS 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".

A renglón seguido señala la norma que, 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.

De otra parte señala la norma que, 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.

Por su parte **el numeral 40 del artículo 8º del Acuerdo 008 de 2009**, **el artículo 3º del decreto 412 de 1992** y **el artículo 9º de la Resolución 5261 de 1994**, definen urgencia como "la alteración de la

integridad física, funcional y/o mental de una persona, por cualquier causa con cualquier grado de severidad, que compromete la vida o funcionalidad, y que requiere acciones oportunas de los servicios a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras, o en los casos en que se demuestre incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la misma, para cubrir las obligaciones con los usuarios.

PREMISA FÁCTICA

Los artículos 60 del C.P.T.S.S. y 164 del CGP, 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, 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., no demostró, dentro del proceso, de forma clara y fehaciente, que el pago realizado por concepto de gastos médicos, en el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, por la suma de \$35.168.256=, objeto de reembolso, se derive de una situación catalogada como "atención de urgencias", conforme a lo dispuesto en el numeral 40 del artículo 8º del Acuerdo 008 de 2009, tal como se colige de la historia clínica vista a folios 17 a 23 del expediente, como de la respuesta dada por el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, de fecha 02 de enero de 2019, al presente proceso, en la que señala que, el actor, ingresó como particular, el día 12 de abril de 2018, por consulta externa, para exámenes pre-quirúrgicos, realizando el pago anticipado, bajo el presupuesto No. 0695, para la programación de una cirugía gastrointestinal mínimamente invasiva, situación por la que la FSFB, no realizó reporte a FAMISANAR EPS, en vista de que el paciente,

ingresó como particular por consulta externa y no por urgencias; razones por las que, en el presente caso no es viable dar aplicación a lo dispuesto en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994; pues, el reconocimiento de los gastos en los que incurrió el accionante, por su cuenta, solo son reembolsables por la EPS, en los casos en los que ocurra como una atención de urgencias, en una IPS, que no tenga contrato con la respectiva EPS, sin que tal situación de urgencia, se predique en el presente asunto, amén de tratarse de una intervención quirúrgica practicada al accionante, no autorizada directamente por la EPS; ni tampoco acreditó el actor, que haya existido incumplimiento por parte de la EPS, de la obligación de prestar los servicios médicos al demandante, o que debido a la negligencia, imposibilidad, baja cobertura o incapacidad en la prestación de los servicios médicos, por parte de la EPS demandada, el actor, se haya visto obligado a acudir a una IPS, no adscrita a la red de la EPS demandada, de tal manera que dé lugar al reconocimiento del reembolso petitionado, tal como lo consideró y decidió la Juez de instancia, al absolver a la accionada, de todas y cada una de las pretensiones de la demanda; en ese orden de ideas, sin más elucubraciones, no encuentra la Sala, reproche alguna, a la decisión del A-quo, razón por la cual, se **CONFIRMARÁ** 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 el accionante **JAIME LEÓN BERNAL CUELLAR**.

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 **23 de octubre de 2020**, 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

ST 000003
1000003

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 2022 00641 01
R.I. : S-3284-22
DE : PABLO SOLER RAMIREZ.
CONTRA : ALIANSALUD EPS.

En Bogotá D.C., a los seis 06 días del mes de mayo del año dos mil
veintidós (2022).

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 el accionante PABLO SOLER RAMIREZ**, contra la sentencia de fecha **18 de noviembre de 2021**, 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 el accionante, **PABLO SOLER RAMIREZ**, a nivel de síntesis, que, en el año 1990, le fue diagnosticado una coartación de aorta, siendo intervenido quirúrgicamente en la FUNDACIÓN CARDIOINFANTIL de Bogotá; que, en el año 2009, nuevamente fue intervenido, para realizar un remplazo valvular aórtico, mas tubo valvador por válvula aortica bicúspide, insuficiencia de aorta proximal, y en pos operatorio, requirió implantación de marcapasos bicameral y anticoagulación de por vida; que, en el mes de octubre de 2018, le fue diagnosticada un aneurisma de la aorta toraxica, que la junta quirúrgica de especialidades de hospital San Ignacio, determinaron que la opción terapéutica, era una cirugía de vía abierta, con una retorcotomía, resección del aneurisma y el posicionamiento de un injerto interpuesto en el segmento aórtico afectado, que debido a los riesgos del procedimiento, optó por buscar una consulta médica con el Doctor ERIC ROSELLI, de CLEVELAN CLINIC, de la ciudad de Cleveland, Ohio, Estados Unidos de Norteamérica, quien después de analizar su caso, recomendó realizar un procedimiento de puente entre la subclavia y la carótida, y un implante de dos stents, vía cateterismo, para corregir el aneurisma, esto sin necesidad de realizar la vía abierta; que los días 19 y 20 de diciembre de 2018, en el CLEVELAN CLINIC, le fueron realizadas exitosamente las intervenciones quirúrgicas, dándole de alta el 24 de diciembre de 2018, que el costos de dichos procedimientos, inicialmente fueron de la suma de US\$179.983, cancelados por anticipado y con fondos propios; que el 27 de marzo de 2020, se generó una cuenta de gastos hospitalarios y médicos, por un monto de US\$5.317,20, arrojando un total de \$185.320,20; que, en calidad de afiliado, radicó derecho de petición, el día 15 de mayo de 2019, ante la EPS ALIANSALUD, peticionando el reembolso de los gastos en los que incurrió, en los procedimientos realizados en el CLEVELAN CLINIC, el cual fue resuelto de forma negativa, mediante comunicación del 17 de junio de 2019; hechos sobre los cuales fundamenta sus pretensiones.

Mediante auto de fecha 21 de enero de 2021, la **SUPERINTENDENTE DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE**

CONCILIACIÓN, DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, admitió la solicitud presentada por **PABLO SOLER RAMIREZ.,** ordenando correr traslado a la demandada **ALIANSALUD EPS.** (Fol. 5).

TESIS DE LA ACCIONADA

Trabada la relación jurídica procesal, la accionada **ALIANSALUD EPS,** contestó en tiempo la demanda, oponiéndose a las pretensiones de la misma; bajo el argumento que, el demandante, es afiliado cotizante desde el 26 de enero de 2005; que, en Junta Quirúrgica realizada el 29 de octubre de 2018, conformada por un cardiólogo y cinco cirujanos cardiovasculares expertos, fue valorado en el HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO, con el fin de determinar la conducta a seguir respecto del diagnóstico de aneurisma de la aorta torácica detectada; que el día 8 de noviembre de 2018, ALIANSALUD EPS, generó la autorización para el procedimiento "Reconstrucción de aorta torácica descendente vía abierta", autorización que no fue utilizada por el paciente, que no existe ninguna solicitud por parte del usuario, para que le fuese autorizado servicio alguno en la institución CLEVELAND CLINIC, con sede en Estados Unidos, que la técnica realizada en el CLEVELAND CLINIC, sí existe en nuestro país y se encuentra contenida en la Resolución 5269 de 2017; que, el 15 de mayo de 2019, bajo el radicado 212-36351 el demandante, instauró derecho de petición solicitando a través del mismo la suma hoy pretendida mediante el presente proceso jurisdiccional, petición que fue respondida el 17 de junio de 2019, por parte de ALIANSALUD EPS, haciendo entrega de dicha comunicación en el domicilio del usuario el 18 de junio de 2019, aclarando que antes de la radicación de dicho derecho de petición, la EPS nunca fue notificada del acceso del demandante, a CLEVELAND CLINIC, entidad a la cual ingresó de manera particular y asumiendo su propio riesgo, institución que no está en el territorio nacional, ni hace parte de la red adscrita a ALIANSALUD EPS, por lo que no fue posible negar ni autorizar dichos servicios, siendo improcedente el reembolso solicitado. (CD Fol. 29).

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 noviembre de 2021**, resolvió no acceder a las pretensiones de la demanda; lo anterior, al considerar que, en el presente asunto, el accionante, deliberadamente y a motu proprio, decidió acudir a los servicios médicos requeridos, de manera particular, por ende no es procedente el reembolso de las sumas pagadas por parte de la EPS demandada, al no actuar la EPS, con negligencia, imposibilidad, baja cobertura o incapacidad de los servicios médicos, razones por las que, la demandada, no está obligada a asumir la cobertura de dichos gastos. (Fol. 10 a 26).

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**, el accionante **PABLO SOLER RAMIREZ**, interpone oportunamente el recurso de **APELACIÓN**, solicitando se revoque el fallo proferido, y, en su lugar, se acceda a las pretensiones de la demandada, argumentando que, se acreditó, que estaba en riesgo la vida del afiliado, que el procedimiento idóneo no podía efectuarse en el Hospital San Ignacio, que no contaba con capacidad de pago para costearlo. (CD Fol. 29).

PROBLEMA JURÍDICO

De acuerdo con la situación fáctica planteada, tanto en la sentencia impugnada, como en el recurso de apelación interpuesto por el accionante **PABLO SOLER RAMIREZ**, estima la Sala, que el problema jurídico a resolver, en esta instancia, se centra en establecer:

Si recae en cabeza de la demanda **ALIANSALUD EPS**, la obligación de reembolsar al demandante, las sumas pagadas, objeto de la presente acción, en los términos y condiciones alegadas en el libelo demandatorio;

lo anterior, con miras a **CONFIRMAR o REVOCAR** la sentencia impugnada

Previamente a considerar el problema jurídico planteado, advierte la Sala que se encuentran debidamente configurados los presupuestos procesales; por lo tanto, 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**, consagra la atención de la salud como servicio 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.

Por su parte **el artículo 159 de la misma Ley**, 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. 2. La atención de urgencias en todo el territorio nacional..."

El **artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994**, que establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del plan obligatorio de

Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, señala que, "Las entidades promotoras de Salud, a las que este 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 IPS 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",

A renglón seguido señala la norma que, 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.

Finalmente indica la norma, que 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 adscritas, salvo lo aquí dispuesto.

Por su parte **el numeral 40 del artículo 8° del Acuerdo 008 de 2009, el artículo 3° del decreto 412 de 1992 y el artículo 9° de la Resolución 5261 de 1994**, definen urgencia como "la alteración de la integridad física, funcional y/o mental de una persona por cualquier causa con cualquier grado de severidad, que compromete la vida o funcionalidad y que requiere acciones oportunas de los servicios a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras, o en los casos en que se demuestre incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la misma, para cubrir las obligaciones con los usuarios.

La Corte Constitucional, en sentencia de unificación SU-819 de 1999, señaló los Parámetros legales que se deben tener en cuenta en

relación con el otorgamiento excepcional de **beneficios de salud**, por fuera del POS en el exterior”, a saber:

- “a) La situación de riesgo inminente para la vida del afiliado.
- b) Cuando se trate de procedimientos a practicar en el exterior, la existencia de un procedimiento cuya eficacia esté científicamente acreditada; que exista aprobación y concepto técnico-científico favorable del médico tratante; que no se practique en el país y sea viable practicarlo al afiliado dadas sus condiciones particulares de salud. Se deben descartar, por ende, los tratamientos y procedimientos experimentales.
- c) El beneficio esperado para la salud del afiliado, de los procedimientos, diagnósticos y terapéuticos para los cuales se remite.
- d) Certificación de la correspondiente institución escogida que acredite que el procedimiento no es experimental, determinando razonablemente las probabilidades de éxito con base en la experiencia.**
- e) El Ministerio de Salud o, en su caso, la E.P.S. según lo defina el Consejo Nacional de Seguridad Social, tendrá la responsabilidad de escoger la entidad en el exterior que se debe hacer cargo del procedimiento.
- f) Conforme al principio de equilibrio financiero y dada la naturaleza y límite de las obligaciones delegadas a la E.P.S., el Estado debe garantizar, a través del Ministerio de Salud-Fosyga, el otorgamiento o la financiación de la prestación o el medicamento excluido del POS en Colombia o en el exterior, teniendo el derecho a exigir a la respectiva EPS a la que esté afiliada la persona que solicita el servicio, el pago de los valores del procedimiento o medicamento equivalentes dentro del P.O.S. de conformidad con las tarifas definidas para éstos dentro del costeo de la Unidad Per Cápita.

g) El usuario debe cumplir con los pagos que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, según su capacidad de pago, siendo titular el Fondo de Solidaridad de las acciones que sean procedentes contra el usuario, cuando decida utilizar terceras entidades para la financiación y coordinación del otorgamiento de la prestación.

h) Se debe dar aplicación al Decreto 806 de 1998 en cuanto a la responsabilidad de la financiación de dichas prestaciones excepcionales.

i) El usuario debe acreditar su falta de capacidad de pago total o parcial para financiar el procedimiento o medicamento. Para este efecto, por falta de capacidad de pago se debe entender no sólo la ausencia de recursos personales, sino la de mecanismos alternativos de protección, como las pólizas de seguro o los contratos de medicina prepagada, cuando el usuario posea tales beneficios y esté en capacidad legal de exigir las correspondientes prestaciones asistenciales y económicas derivadas de la incapacidad.

j) Todos los procedimientos o exámenes que se puedan realizar en Colombia deben respetar el principio de la territorialidad del sistema."

La **Resolución 5269 de 2017**, en su anexo 2, consagra el listado de procedimientos en salud, del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC, contemplando entre dichos procedimientos, en el numeral 39.5.2, el denominado "otra reparación aneurisma".

PREMISA FÁCTICA

Los artículos 60 del C.P.T.S.S. y 164 del CGP, 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, 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. no demostró, dentro del proceso, de forma clara y fehaciente, haber cumplido, previamente, con los requisitos a que alude el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, esto es, que mediara autorización expresa por parte de la EPS, para someterse al procedimiento quirúrgico requerido, en el hospital CLEVELAND, de la ciudad de Ohio, Estados Unidos, encontrándose inmerso en el aparte final del citado artículo, según el cual, 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, como en el caso que nos ocupa, habida consideración que, a su vez, el actor, no demostró que dicho procedimiento obedeciera a una situación catalogada como urgencia, es decir, que requiera de acciones oportunas, inmediatas e inminentes de los servicios del hospital CLEVELAND, de la ciudad de Ohio, E.E.U.U, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras, tal como lo establece el numeral 40 del artículo 8º del Acuerdo 008 de 2009, amen que dicho procedimiento quirúrgico, también podía ser realizado en Colombia, tal como se desprende del anexo 2, de la Resolución 5269 de 2017, debiéndose respetar el principio de la territorialidad del sistema de salud; no cumpliendo el actor, con los parámetros, establecidos por la Corte Constitucional, en la sentencia de unificación SU-819 de 1999, para reconocer este tipo de reembolsos; pues, si bien, de las patologías presentadas por el actor, se puede derivar una situación de riesgo para la vida de éste, tal como se colige de la

historia clínica según CD obrante a folio 29 del expediente, así como de la respuesta emitida por la EPS demandada, lo cierto es que, el procedimiento efectuado al accionante, en la institución hospitalaria en la ciudad de Ohio – EE.UU, carecía de urgencia y podía ser realizado en Colombia; observándose diligencia en el actuar de la EPS accionada, quien ante el diagnóstico de aneurisma de la aorta torácica, del actor, autorizó de manera oportuna, el procedimiento quirúrgico de reconstrucción de aorta torácica, siendo ésta, la mejor opción terapéutica analizada por los médicos tratantes del paciente, para ser realizado en el Hospital San Ignacio de la ciudad de Bogotá; sin que obre prueba, dentro del proceso, de la cual se pueda colegir, que existió un incumplimiento de las obligaciones a cargo de la ESP demandada, en la prestación de los servicios médicos exigidos por el demandante, o, que debido a la negligencia, imposibilidad, baja cobertura o incapacidad en la prestación de los servicios médicos, por parte de la EPS demandada, el actor, se haya visto en la necesidad inminente de acudir al CLEVELAND HOSPITAL, entidad no adscrita a la EPS demandada; en ese orden de ideas, sin más elucubraciones, no encuentra la Sala, reproche alguna, a la decisión del A-quo, razón por la cual, se confirmará 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 el accionante **PABLO SOLER RAMIREZ.**

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 NOVIEMBRE de 2021**, 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

Vertical stamp and handwritten notes on the right side of the page, including a date stamp and a number '400003'.