

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



DEMANDANTE: CLAUDIA ESPERANZA CALDERON GAMBA

DEMANDADO: SANITAS E.P.S.

RADICADO: 11001 22 05 000 2021 01054 01

MAGISTRADA PONENTE: ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN

Fecha: Bogotá D.C., veinticinco (25) de octubre 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 por la suma de \$12.415.859 por los gastos en que incurrió por concepto de atención de urgencias a la entidad promotora de salud Sanitas (fl. 1-2).

Hechos relevantes:

El 26 de octubre de 2014 tuvo una caída donde se fracturó la pierna derecho, tibia y peroné, llegó al hospital San Ignacio y le indicaron que tenía convenio con la EPS SANITAS donde se encuentra afiliada desde hace 10 años, el hospital le prestó el servicio, le ordenó la práctica de una cirugía para el día 27 de octubre la cual no fue autorizada por SANITAS con el argumento de que estaba en mora con el pago pese a que tiene la calidad de beneficiaria y le tocó autorizarla de manera particular, cirugía por la que pagó la suma de \$8'000.000. pago por gastos de recuperación la suma de \$1'000.0000.

SÍNTESIS DE LA CONTESTACIÓN

La empresa demandada contestó la demanda indicando que la peticionaria no era usuaria de la EPS para la fecha de ocurrencia de la urgencia, el único periodo en que se encontró afiliada fue para los días 27 a 29 de octubre de 2014, la solicitud

de reembolso resulta extemporánea y no se acredita el monto solicitado para reembolso.

El Hospital Universitario San Ignacio respondió el requerimiento realizado por la superintendencia en el auto admisorio e indicó que la señora Claudia Esperanza Calderon Gamba ingresó por el servicio de urgencias el 26 de octubre de 2014 y fue dada de alta el 31 de octubre de 2014. Adjunto historia médica de la demandante.

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 \$6.671.870 en el término de cinco (5) días contado a partir de la ejecutoria de la decisión. (fl.207-212).

Para la decisión anterior consideró que, si bien las EPS son las directamente responsables de la prestación de los servicios de salud de sus afiliados a través de las diferentes IPS, su inejecución habilita al usuario para solicitarle el reembolso de los gastos en que incurrió, en caso de haber sido atendido en una IPS que no haga parte de la red de prestador de servicios de la EPS, o cuando aquellos no se brinden en condiciones de calidad, oportunidad y eficacia.

La demandante sufrió una fractura de tibia y peroné que constituía una urgencia médica, lo cual hizo que el médico tratante ordenara tratamiento quirúrgico intrahospitalario procedimientos que hacen parte del plan de beneficios de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia del régimen contributivo.

Al consultar la base de datos encontró que la actora aparece afiliada a SANITAS desde el 1 de junio de 2013, en calidad de beneficiaria desde el mes de octubre de 2015, por lo que el argumento de que la actora no se encontraba afiliada no es de recibo, y no se demostró que la EPS hubiera brindado el aseguramiento a su afiliada.

Respecto de la extemporaneidad, el plazo consignado en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994 no puede entenderse como término prescriptivo ni que genere como consecuencia la pérdida del derecho del usuario al reembolso, ni la exoneración a la entidad de cumplir con las obligaciones que le asiste.

IMPUGNACIÓN

Parte Demandada

En el escrito de impugnación argumenta que la peticionaria no era usuaria de la EPS SANITAS para la fecha de ocurrencia de la urgencia, y en consecuencia, solo debe responder por los servicios prestados en el lapso comprendido entre el 27, 28, y 29 de octubre de 2014 que asciende a la suma de \$664.287; aunado a que no se acreditó ninguna de las causales por las que proceda el reembolso y se vulneró el debido proceso por no traslado de la prueba, esto es, la respuesta del Hospital San Ignacio.

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 4-11, factura expedida por el Hospital Universitario San Ignacio por un valor de \$6.671.870=.
- A folio 13-17, solicitud de reembolso.
- A folios 36-43, historia clínica.
- A folios 57-201, informe hospital Universitario San Ignacio e historia clínica electrónica.

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 deberá hacerse 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 \$6.671.870 en el término de cinco (5) días contados a partir de la ejecutoria de la providencia, decisión respecto de la cual presentó impugnación la EPS porque considera que la demandante no se encontraba vinculada a la EPS para la época de los hechos y porque no se cumplen los presupuestos de la Resolución 5261 de 1994, artículo 14.

Revisado el expediente se encuentra el informe rendido por el Hospital San Ignacio, en cuyo texto se advierte que la actora ingresó el 26 de octubre de 2014 por el servicio de urgencias, fue dada de alta el 31 de octubre de 2014; se atendió por consulta externa los días 7, 10 y 24 de noviembre de 2014, 23 de febrero de 2015; 20 de abril de 2015; 10 de agosto de 2015 y 29 de febrero de 2016, todas estas atenciones fueron procesadas como paciente particular.

En cuanto a las autorizaciones se evidencia en el historial clínico que en la atención de urgencias se procedió a la verificación de derechos.

“se llama a la EPS SANITAS, la funcionaria Gina Beltrán informa que la paciente se encuentra retirada desde el mes de octubre 17 de 2014”.

Se verifica paciente en bases de datos y registra:

FOSYGA retirada de SANITAS EPS

DNP FECHA DE MODIFICACIÓN 2012/12/06 VALIDADO

COMPROBADOR DERECHOS SUSPENDIDA CAPRECOM EPSS, LA FUNCIONARIA ANGELA QUEVEDO INFORMA FUE SUSPENDIDA POR CONTINUIDAD CRUCE CON REGIMEN CONTRIBUTIVO”.

Posteriormente, se solicitó autorización a SANITAS señalando que no tenía “cubrimiento porque no contaba con 52 semanas ni tampoco de la urgencia porque la afiliación fue el 27 de octubre e ingresó a HUSI el 26”.

“Al no obtener las autorizaciones por parte de SANITAS y de la Secretaría de Salud Cundinamarca, luego de haber prestado el servicio sin cuestionamientos se procedió a facturar la atención como paciente particular”.

Respecto de las razones expuestas por SANITAS para no cubrir el servicio médico requerido por la demandante, se encuentra primero que según el documento expedido por la Coordinador Gestión de Afiliación de la entidad, la demandante se afilió a SANITAS el 1 de junio de 2013, de tal manera que para la fecha de ocurrencia del accidente contaba con más de doce meses de afiliación a la EPS en mención, aunque no se desconoce que obra varias activaciones de la afiliación y retiros por empleador, es relevante señalar que no se acreditó por la demandada que hubiere realizado el procedimiento de desafiliación consagrado en el artículo 11 del decreto 1703 de 2002 vigente para el año 2014.

Ahora se indica que para el momento de la ocurrencia del accidente no existía cubrimiento porque la demandante ingresó a HUSI el 26 de octubre de 2014 y la afiliación fue el 27 de octubre.

Según la certificación expedido por la Coordinador Gestión de Afiliación, la afiliación de la demandante a la EPS demandada fue el 1 de junio de 2013 y lo que ocurrió desde esa fecha a la data del accidente fue que se retiró por el empleador

el 30 de agosto de 2013, se activó la afiliación el 6 de septiembre de 2013 con retiro el 30 de mayo de 2014, se activó la afiliación de nuevo el 1 de julio de 2014 con retiro el 17 de octubre de 2014 y se activó la afiliación el 27 de octubre de 2014 y el ingreso por urgencia ocurrió el 26 de octubre de 2014, lo que permite colegir la existencia de una afiliación de más de un año con varias activaciones sin que se realizara procedimiento alguno de desafiliación o cancelación de la afiliación a la EPS.

Adicionalmente, la demandada negó la solicitud realizada por el hospital alegando que la demandante no había cotizado 52 semanas, esto es, se exigió un periodo mínimo de cotización, pese a que dichos periodos mínimos de cotización o periodos de carencia superiores a 26 semanas en el régimen contributivo fueron derogados por el artículo 14 literal h) de la Ley 1122 de 2007, que por demás solo eran exigidos para las enfermedades de alto costo, porque se exceptuaba de dicho periodo en el artículo 62 del Decreto 806 de 1998 la atención inicial de urgencia; y desconoció que la demandante gozaba de la cobertura de servicios por el periodo de protección laboral consagrado en el artículo 75 del Decreto 806 de 1998 vigente para la fecha de ocurrencia de los hechos, porque el retiro realizado por el empleador fue el 17 de octubre de 2014, la trabajadora había estado afiliada al sistema en los doce meses anteriores y el accidente ocurrió dentro de los treinta días siguientes contados desde ese retiro.

Aunque es válido reiterar que no se acredita en el expediente que la entidad demandada hubiere realizado el procedimiento de desafiliación de la demandante que es la fecha a partir de la cual se cuenta el término de los treinta días según el artículo 75 del Decreto 806 de 1998.

En ese orden de ideas, se encuentra que la demandada no cubrió los riesgos a los que se encontraba obligada, por el contrario desconoció la normatividad vigente para la fecha de la situación fáctica que genera este proceso, como son el parágrafo transitorio del artículo 32 de la Ley 1438 de 2011 que señaló que a partir del 1 de enero de 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, esto es, periodos mínimos de cotización, y mucho menos para la atención derivada de una urgencia.

Ahora respecto de que no se le corrió traslado de la prueba, esto es, la respuesta del Hospital San Ignacio, lo primero que se observa es que la misma no se decretó como prueba, segundo que la solicitud del informe se ordenó en el auto de admisión de la demanda que le fue notificado a la demandada, y tercero el procedimiento que se adelanta en el presente caso es sumario en el cual no se contempla etapas adicionales a las que se desarrollaron en el presente proceso. De tal manera que no se encuentra vulneración al debido proceso como lo alega la parte recurrente.

En ese orden de ideas, se acredita en el proceso que la EPS SANITAS negó de manera injustificada la atención específica y en consecuencia si se cumplen los

presupuestos que dan lugar al reembolso y hay lugar a confirmar la decisión 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,

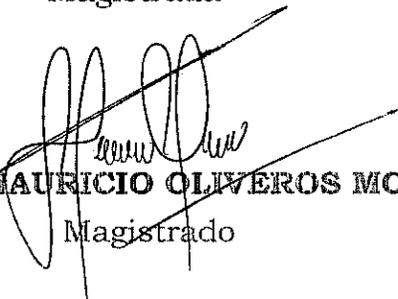
RESUELVE

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

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



DEMANDANTE: DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES
DIAN

DEMANDADO: CAFESALUD EPS, vinculado MEDIMAS EPS

RADICADO: 11001 22 05 000 2021 01131 01

MAGISTRADA PONENTE: ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN

Fecha: Bogotá D.C., veinticinco (25) de octubre de dos mil veintiuno (2021)

S E N T E N C I A:

Objeto: Resolver la impugnación presentada contra la providencia S 2020-01785 de 18 de septiembre de 2020, proferida por la Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación.

SÍNTESIS DE LA DEMANDA

Pretensiones:

Se ordene el reconocimiento y pago de la incapacidad por valor de \$228.991, más los intereses moratorios.

Hechos relevantes:

- El señor HECTOR NICOLAS PEÑARANDA CARABALLO prestó los servicios a la DIAN desde el 2 de junio de 1993 hasta el 30 de junio de 2016, se encontraba afiliado a CAFESALUD EPS para el año 2013, utilizó los servicios médicos, generando incapacidad por enfermedad general del 16 de julio al 20 de julio de 2013, esto es, por cinco días.
- La entidad pagó la correspondiente incapacidad, según comprobante de nómina y CAFESALUD no realizó la totalidad de la transferencia electrónica adeudando la suma de \$228.991.
- Se requirió a CAFESALUD el 31 de agosto de 2017.

SÍNTESIS DE LA CONTESTACIÓN

CAFESALUD se opuso porque consideró que pagó la incapacidad generada a favor del servidor público, y propuso las excepciones de carencia de objeto por hecho superado y la genérica.

MEDIMAS EPS se opuso porque la pretensión no fue dirigida a esa entidad, aunado a que no está legalmente obligada a reconocer y pagar obligaciones causadas antes de iniciar operaciones, presentó la excepción de falta de legitimación por pasiva.

DECISIÓN DE LA PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, mediante decisión de 18 de septiembre de 2020, accedió parcialmente a las pretensiones de la demanda contra CAFESALUD EPS S.A., ordenó a CAFESALUD EPS en liquidación a pagar a favor de la DIAN la suma de \$111.147, con las correspondientes actualizaciones monetarias dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria, y a efectuar el pago de intereses moratorios liquidados desde el 29 de septiembre de 2017 hasta la fecha en que se haga el pago efectivo de la prestación económica los cuales deben ser liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. (fls. 50-54).

Argumentos

Consideró que no existe discusión entre el cumplimiento de los requisitos y la procedencia del reconocimiento de la incapacidad deprecada, ya que CAFESALUD EPS hoy en liquidación manifestó que la incapacidad se encuentra reconocida a favor del empleador por valor de \$218.653.

Una vez realizadas las operaciones aritméticas y el previo reconocimiento de la DIAN sobre el pago de la suma de \$ 218.653, se encuentra la existencia de una diferencia a favor de la entidad demandante de \$111.147.

Como se acredita en el expediente el requerimiento del pago hay lugar al reconocimiento de los intereses moratorios a la tasa establecida por la Dirección de impuestos y aduanas nacionales.

IMPUGNACIÓN

Parte apelante: Demandada

Expone como argumentos de impugnación que respecto a la diferencia señalada por la Superintendencia se solicitó al área de prestaciones económicas la auditoría de dicha prestación y se logró evidenciar que la liquidación emitida por el despacho se encuentra de conformidad, por lo que dicho valor deberá ser cancelado por la EPS de acuerdo al proceso liquidatorio.

Señaló que no procede el cobro de intereses moratorios porque la entidad se encuentra en proceso de liquidación forzosa administrativa lo cual constituye fuerza mayor, generando una causal de exoneración de pagar cualquier sanción moratoria por provenir de un “acto de autoridad ejercido por funcionario público”.

Por último, solicita que se ordene al demandante a hacerse parte del proceso liquidatorio, radicando la acreencia de acuerdo con los formatos establecidos.

PROBLEMA JURÍDICO A RESOLVER

Determinar si hay lugar a revocar la orden de pago de intereses moratorios y ordenar que la demandante se haga parte del proceso liquidatorio de CAFESALUD en liquidación.

CONSIDERACIONES

En el presente caso CAFESALUD no se opone a la sentencia emitida por la Superintendencia Nacional de Salud, respecto del monto a pagar sobre la diferencia por la incapacidad generada a favor del señor Hector Nicolas Peñaranda Caraballo desde el 16 de julio de 2013 hasta el 20 de julio de 2012, sino que lo pretendido es que se revoque la condena por intereses moratorios y se ordene a la demandante se haga parte del proceso liquidatorio radicando su acreencia, a fin de respetar el principio de igualdad que debe prevalecer entre los acreedores.

Respecto del punto de apelación se tiene que el Artículo 4° del Decreto 1281 de 2002 consagra los intereses moratorios por el incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, indicando que se debe a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

El Artículo 141 de la Ley 1607 de 2012 modificó ... el artículo 635 del Estatuto Tributario, el cual quedó así: “Artículo 635. Determinación de la

tasa de interés moratorio. Para efectos de las obligaciones administradas por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, el interés moratorio se liquidará diariamente a la tasa de interés diario que sea equivalente a la tasa de usura vigente determinada por la Superintendencia Financiera de Colombia para las modalidades de crédito de consumo”.

En ese orden de ideas, se observa que procede el reconocimiento de los intereses moratorios, no obstante no se puede desconocer que la EPS demandada se encuentra en estado de liquidación, lo cual hace que desde la fecha en que inició dicho proceso no tenga disposición de sus bienes, dado los efectos de la Resolución 007172 de 22 de julio de 2019, lo que da lugar a que a partir del 5 de agosto de 2019 que inició dicho proceso no proceda el reconocimiento y pago de los intereses moratorios, de tal manera que se debe modificar la sentencia de primera instancia.

De tal manera que procede la modificación de los numerales tercero y cuarto de la sentencia proferida por la Superintendencia.

Ahora respecto del argumento de que se ordene a la parte demandante se haga parte en el proceso liquidatorio, es de anotar que la demandada desde la contestación de la demanda señaló que reconoció y aprobó la incapacidad cuya reliquidación se ordena en la sentencia de primera instancia por lo que el argumento de que la accionante debe hacerse parte en el proceso de liquidación de la entidad no está llamado a prosperar porque la EPS tiene conocimiento de la obligación por lo que no es menester que el demandante realice actuaciones adicionales ante la entidad demandada, ya que es CAFESALUD la encargada de realizar las actividades correspondientes sobre las deudas que se acreditan en sus archivos desde antes del proceso de liquidación.

Adicionalmente, es de anotar que el eventual trámite precedente sería un proceso ejecutivo que estaría a cargo de la entidad liquidada de conformidad con las normas que rigen los procesos ejecutivos contra empresas en liquidación.

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: MODIFICAR los numerales **TERCERO** y **CUARTO** de la sentencia proferida el 18 de septiembre de 2020 por la

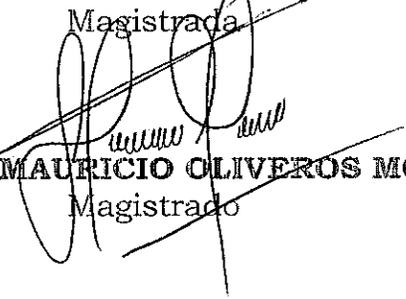
SUPERINTENDENCIA DELEGADA PARA LA FUNCIÓN JURISDICCIONAL Y DE CONCILIACIÓN, por las razones expuestas, los cuales quedaran así: **ORDENAR** a CAFESALUD EPS S.A. en LIQUIDACIÓN pagar a favor de la UNIDAD ESPECIAL ADMINISTRATIVA DIRECCIÓN DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES - DIAN la suma de CIENTO ONCE MIL CIENTO CUARENTA Y SIETE PESOS (\$111.147) y los intereses moratorios liquidados desde el 29 de septiembre de 2017 hasta el 5 de agosto de 2019, los cuales deben ser calculados a la tasa de interés moratorio establecido para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.

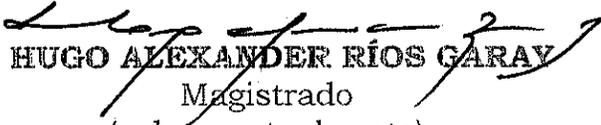
SEGUNDO: se confirma en lo demás la sentencia de primera instancia.

TERCERO: Notifíquese a las partes la presente decisión.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.


ÁNGELA LUCÍA MURILLO VARÓN
Magistrada


HERNÁN MAURICIO OLIVEROS MOTTA
Magistrado


HUGO ALEXANDER RÍOS GARAY
Magistrado
(salvamento de voto)