



PROCESO SUMARIO DE **AGENCIA DE RENOVACIÓN DEL TERRITORIO** CONTRA **NUEVA EPS S.A.**

MAGISTRADO SUSTANCIADOR: DR. EDUARDO CARVAJALINO CONTRERAS.

En Bogotá DC, a los veintinueve (29) días del mes de abril del año dos mil veintidós (2022), el Magistrado sustanciador procede a zanjar la *litis* en asocio de los H. Magistrados con quienes integra la Sala de Decisión.

Acto seguido el Tribunal, en los términos acordados por la Sala, procede a dictar la siguiente,

S E N T E N C I A

La empresa demandante **AGENCIA DE RENOVACIÓN DEL TERRITORIO**, por intermedio de apoderado judicial, presentó petición ante la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Funciones Jurisdiccionales y de Conciliación contra la **NUEVA EPS**, para que mediante sentencia judicial, se ordene *«el reconocimiento y pago del reintegro de la LICENCIA DE MATERNIDAD que fue cancelada por la entonces Unidad Administrativa de Consolidación Territorial UACT, que como se dijo anteriormente sus empleados fueron adoptados por la ART, y que hasta el momento ha sido denegada por la EPS mencionada y que fue pagada oportunamente a la funcionaria CAROLINA PEÑARANDA PUERTO, por esta entidad»* (folio 3 y vuelto).

Fundamenta el *petitum* en los supuestos fácticos visibles a folio 1 a 5 de las diligencias, que en síntesis advierten que mediante Resolución 00039 del día 15 de febrero de 2013, la señora CAROLINA PEÑARANDA PUERTO fue nombrada provisionalmente como Profesional Especializada Código 2028, grado 24, en la planta global de la Unidad Administrativa Especial para la Consolidación del



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

Territorial adscrita a la Gerencia Regional Catatumbo, siendo asumida desde el 1° de enero de 2017, como empleada de la Agencia de Renovación del Territorio. Que a la servidora en mención le fue otorgada licencia de maternidad desde el 25 de mayo de 2015 hasta el 30 de agosto de 2015; es por ello que, el 2 de mayo de 2016, la Dirección de Gestión Territorial solicitó a la NUEVA EPS, transcripción y pago de la Licencia de Maternidad de la funcionaria, frente a lo cual el 10 de junio del año mencionado, la convocada procedió a su devolución bajo el argumento que no se adjuntó el carnet de medicina prepagada. Refiere que la Dirección de Gestión Territorial envió nuevo derecho de petición el día 25 de agosto de 2016, subsanando y aclarando las causales que dieron origen a la devolución de las incapacidades, frente a lo cual la accionada guardó silencio.

ADMISIÓN Y CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La demanda fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 20 de septiembre de 2018, ordenando notificar y correr traslado del *libelo* a la demandada, folio 54.

La demandada **NUEVA EPS S.A.**, mediante apoderado judicial, previa notificación, contestó la demanda manifestando en síntesis que la entidad demandante no ha cumplido con su obligación patronal de realizar la transcripción de las incapacidades y tampoco existe evidencia de la radicación del derecho de petición de fecha 25 de agosto de 2016, por manera que no es posible acceder al reconocimiento prestacional incoado. **Excepciones:** Formuló como medios exceptivos los que denominó inexistencia de la obligación, prescripción del derecho a solicitar reembolso, incumplimiento del procedimiento para transcripción y la genérica (Folios 60 a 65).



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Delegada para la función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, puso fin a la acción mediante decisión del 23 de febrero de 2021, en la cual dispuso **acceder** a las pretensiones formuladas en la demanda instaurada por el extremo activo; **ordenar** a la NUEVA EPS S.A., pagar a la empresa accionante dentro de los 5 días siguientes a la ejecutoria, la suma de DIECINUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS MCTE (\$19'843.912) M/cte, con las correspondientes actualizaciones monetarias dentro de los 5 días siguientes a la ejecutoria de la sentencia (Folios 87 a 90).

Lo anterior por considerar que según los aportes en salud verificados en el Maestro de afiliados compensados ADRES, la señora CAROLINA PEÑARANDA no solo cotizó durante todo el periodo de gestación, sino que también sus aportes fueron oportunamente cancelados por su empleador; además, la entidad demandante demostró que concedió y pagó la licencia de maternidad otorgada, la cual sí fue presentada por el empleador ante la EPS convocada, de manera oportuna, no encontrándose la misma afectada por el fenómeno de la prescripción. Añade que cuando el usuario es atendido a través de los planes complementarios de salud, no renuncia por ello a las prestaciones económicas que se encuentran cubiertas por el SGSSS.

RECURSO DE APELACIÓN

Contra la anterior determinación la convocada a la acción, **NUEVA EPS S.A.**, interpuso recurso de alzada manifestando en síntesis que la falladora de primera instancia no consideró en el caso objeto de estudio la necesidad de efectuar la transcripción de la licencia de maternidad reclamada, la cual fue expedida por médico ajeno a la red de IPS dispuesta por la entidad promotora de salud conforme así lo refiere el Ministerio de Salud en concepto 201311601120761 del 29 de agosto de 2013, en virtud del cual se estableció la autonomía que tiene la EPS de transcribir o no una incapacidad derivada de una atención realizada por fuera de esa red, dado que no existe norma expresa que regule tal trámite, lo cual fue ratificado en conceptos 201611600649671 del 14 de



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

abril de 2016, 201611602019541 del 26 de octubre de 2016 y 201911600580621 del 15 de mayo de 2019; sumando a ello que conforme a la sentencia T-404 de 2010, es el empleador el que debe correr con el pago de las incapacidades por enfermedad de origen común que no esté obligada a pagar la EPS, como ocurre en el caso analizado, dado que no se efectuó la transcripción de la incapacidad reclamada. Añade que no se encuentra demostrada la solicitud de transcripción, pues ninguna de las áreas de la demandada evidenció en sus aplicativos, su radicación en debida forma. Concluye que en la sentencia de primer grado no se realizó un análisis de fondo de lo pretendido por la sociedad demandante, las pruebas aportadas con la demanda y la comparación respecto a los requisitos exigidos por la norma y los precedentes aplicables, lo cual desconoce la garantía fundamental del derecho al debido proceso (fls. 95 a 98).

Razón por la cual el expediente ha sido enviado ante este Tribunal para que se surta la **instanci**a, y como la Sala, no observa causales de nulidad que invaliden lo actuado, se procede a decidir, previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

PROBLEMA JURÍDICO

Analizados los fundamentos fácticos de la presente acción, lo decidido por la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación y los motivos de alzada, observa la Sala, que el conflicto jurídico suscitado entre las partes en litigio, se circunscribe en determinar si a la parte activa le asiste derecho al reembolso de la licencia de maternidad concedida a CAROLINA PEÑARANDA PUERTO en condición de empleada, pese a que la misma no fue transcrita por la convocada a la acción.



LICENCIA DE MATERNIDAD - REEMBOLSO

Con miras a resolver la Litis planteada, la Sala de Decisión analiza el acervo probatorio legalmente recaudado en el plenario de conformidad con el artículo 60 y 61 del C.P.L. y de la S.S., en especial, copia de la cédula de ciudadanía de la servidora Carolina Peñaranda Puerto (fl. 13); Resolución 00039 del 15 de febrero de 2013 *“Por la cual se hace un nombramiento”* (fls. 14 a 15); Resolución 00396 del 18 de agosto de 2015 *“Por la cual se reconoce una licencia por enfermedad no profesional otorgada a un funcionario público”* (fls. 16 a 17); planillas integradas de autoliquidación de aportes (fls. 18 a 27); orden de incapacidad por maternidad (fl. 28); historia clínica (fls. 29 a 32); certificado de nacido vivo (fl. 33); comprobantes de nómina (fls. 34 a 42); solicitud de pago de prestaciones económicas y su respuesta (fls. 43 a 44); derechos de petición elevados ante la Nueva EPS y la Superintendencia Nacional de Salud (fls. 45 a 52); comunicación emitida por la Nueva EPS y certificado de afiliación y aportes de la señora Carolina Peñaranda Puerto (fls. 66 a 67); probanzas de las cuales se colige, que la señora PEÑARANDA PUERTO se encontró afiliada al sistema de seguridad social en salud por la empresa promotora NUEVA EPS, para el mes de mayo de 2015 (fls. 18 a 27), así como que le fue ordenada una licencia por maternidad desde el 25 de mayo de 2015 (fl. 28), cuyo pago fue asumido por su empleador, como se deduce de los comprobantes de nómina vistos a folios 34 a 42, supuestos fácticos que no se encuentran discutidos por la EPS convocada a la acción en esta segunda instancia.

En claro lo anterior, procede esta Sala de Decisión a desatar el asunto sometido a su escrutinio, para lo cual resulta preciso indicar que en los términos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, los usuarios del subsistema de seguridad social integral en salud pueden pretender mediante un proceso verbal sumario el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por parte de la EPS o el empleador.



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

En el *sub lite*, la Empresa Promotora de Salud cuestionada pretende relevarse del pago de la licencia de maternidad reclamada, aduciendo para el efecto que el empleador convocante no elevó solicitud de transcripción de la misma, pese a que fue expedida por un profesional de la salud ajeno a la red de prestadores de la entidad promotora de salud.

Así, preciso es referir *liminarmente* que el artículo 21 del Decreto 1806 de 1999, al regular el reconocimiento y pago de la licencia de maternidad estableció que:

«Artículo 21. Reconocimiento y pago de licencias. Los empleadores o trabajadores independientes, y personas con capacidad de pago, tendrán derecho a solicitar el reembolso o pago de la incapacidad por enfermedad general o licencia de maternidad, siempre que al momento de la solicitud y durante la incapacidad o licencia, se encuentren cumpliendo con las siguientes reglas:

1. Haber cancelado en forma completa sus cotizaciones como Empleador durante el año anterior a la fecha de solicitud frente a todos sus trabajadores. Igual regla se aplicará al trabajador independiente, en relación con los aportes que debe pagar al Sistema. Los pagos a que alude el presente numeral, deberán haberse efectuado en forma oportuna por lo menos durante cuatro (4) meses de los seis (6) meses anteriores a la fecha de causación del derecho.

Cuando el empleador reporte la novedad de ingreso del trabajador, o el trabajador independiente ingrese por primera vez al Sistema, el período de que trata el presente numeral se empezará a contar desde tales fechas, siempre y cuando dichos reportes de novedad o ingreso al Sistema se hayan efectuado en la oportunidad en que así lo establezcan las disposiciones legales y reglamentarias.

Esta disposición comenzará a regir a partir del 1° de abril del año 2000.

2. No tener deuda pendiente con las Entidades Promotoras de Salud o Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud por concepto de reembolsos que deba efectuar a dichas entidades, y conforme a las disposiciones vigentes sobre restricción de acceso a los servicios asistenciales en caso de mora.

Conforme a la disposición contenida en el numeral 1 del presente artículo, serán de cargo del Empleador el valor de las licencias por enfermedad general o maternidad a que tengan derecho sus trabajadores, en los eventos en que no proceda el reembolso de las mismas por parte de la EPS, o en el evento en que dicho empleador incurra en mora, durante el período que dure la licencia, en el pago de las cotizaciones correspondientes a cualquiera de sus trabajadores frente al sistema.

En estos mismo eventos, el trabajador independiente no tendrá derecho al pago de licencias por enfermedad general o maternidad o perderá este derecho en caso de no mediar el pago oportuno de las cotizaciones que se causen durante el período en que esté disfrutando de dichas licencias»



En lo atinente al pago de aportes, el numeral 2° del artículo 3° del Decreto 047 de 2000, previó que:

«ARTICULO 3°-Períodos mínimos de cotización. Para el acceso a las prestaciones económicas se estará sujeto a los siguientes períodos mínimos de cotización:

1. Modificado por el art. 9. Decreto Nacional 783 de 2000. Incapacidad por enfermedad general. Para acceder a las prestaciones económicas generadas por incapacidad por enfermedad general, los trabajadores dependientes deberán haber cotizado ininterrumpidamente un mínimo de cuatro (4) semanas y los independientes veinticuatro (24) semanas en forma ininterrumpida, sin perjuicio de las normas previstas para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión.

2. **Licencias por maternidad.** Para acceder a las prestaciones económicas derivadas de la licencia de maternidad la trabajadora deberá, en calidad de afiliada cotizante, haber cotizado ininterrumpidamente al sistema durante todo su período de gestación en curso, sin perjuicio de los demás requisitos previstos para el reconocimiento de prestaciones económicas, conforme las reglas de control a la evasión» (Negrilla fuera de texto)

En el *sub lite*, no existe controversia sobre el cumplimiento de los requisitos previstos por la normatividad *ejusdem*, tanto por el empleador, como por su servidora pública, pues la falladora definió en la sentencia de primer grado, específicamente a folio 90, que “según se observa los aportes en salud verificados en el Maestro de afiliados compensados ADRES, la señora CAROLINA PEÑARANDA no sólo cotizó durante todo su período de gestación, sus aportes fueron oportunamente cancelados por su empleador”, conclusión respecto de la cual no existe ninguna oposición por parte de la entidad llamada a la acción, quien tampoco cuestiona que el dador del laborío haya efectuado en oportunidad, el pago de los aportes de todos sus trabajadores.

Bajo tal escenario, centra el Colegiado su atención en la única razón dada por la convocada como motivo para negarse a reconocer la prestación reclamada, esto es, la omisión del empleador frente al trámite de transcripción de la licencia de maternidad, para lo cual corresponde recordar que conforme al artículo 121 del Decreto 012 de 2012, es el empleador el directo encargado de agotar el trámite para el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad o paternidad a cargo del Sistema General de Seguridad



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

Social en Salud, ante las EPS, no pudiendo en ningún caso trasladar el mismo al afiliado, pues éste únicamente debe informar sobre la expedición de una incapacidad o licencia.

Ahora bien, en lo que se refiere a la transcripción de las incapacidades y las licencias por maternidad o paternidad, ha indicado la Corte Constitucional que conforme al artículo 17 de la Resolución 2266 de 1998 proferida por el otrora ISS, dicho trámite es considerado como *“el acto mediante el cual un funcionario competente, traslada al formato único oficial la incapacidad o licencia ordenada por médico u odontólogo tratante en ejercicio legal de su profesión pero no adscrito al ISS” o EPS. “Este hecho debe registrarse en la historia clínica del paciente, anexando a ésta, los documentos que soportan el acto”¹.*

En el caso que ocupa la atención del Tribunal, se constata de las documentales obrantes en las diligencias que, contrario a lo referido por la parte accionada, la parte activa sí radicó ante la Nueva EPS la licencia de maternidad que le fue ordenada a la señora Carolina Peñaranda Puerto, conforme emanada de la comunicación de fecha 14 de mayo de 2016 (fl. 44), pues en ella la llamada a la acción indicó que *“A continuación relacionamos devolución de incapacidades radicadas por ustedes el pasado 02 de mayo de 2016 en nuestra Oficina de Atención al Afiliado San Cayetano”*, precisando sobre la licencia de la señora Peñaranda que *“DEBE ANEXAR EL CARNET DE MEDICINA PREPAGADA-DIRIGIDA A SEGUROS SURAMERICANA”*.

Devolución esta que en efecto permite evidenciar la falta de agotamiento del trámite de transcripción de la licencia debatida; empero, ello no resulta endilgable a la parte activa, como quiera que esta cumplió con la obligación legal que le competía, esto es, la prevista en el artículo 121 del Decreto Ley 019 de 2012, al radicar la respectiva licencia, misma que además, fue devuelta por la convocada

¹ Sentencia T-279 de 2012.



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

bajo la exigencia de un documento que no se encuentra previsto en la ley como requisito para el reconocimiento de la prestación económica.

De manera que, si bien la transcripción que echa de menos la EPS demandada, no se corresponde con un trámite claramente regulado en el ordenamiento, la circunstancia de su falta de agotamiento no puede convertirse en un argumento de peso para que la convocada se exonere del pago de la prestación debatida, pues su reconocimiento se encuentra diáfananamente establecido en la normatividad como responsabilidad suya, y menos aun, cuando en el caso de marras es claro que el empleador de la servidora Carolina Peñaranda sí puso en conocimiento de la demandada, la licencia que le fue expedida por su médico tratante, para efectos de surtir tal transcripción y posterior reembolso, que no pudo concretarse por un rigorismo formal impuesto por la Nueva EPS, en tanto que, se *itera*, el documento exigido para continuar con tal trámite, no se encuentra previsto por la ley para el efecto.

Puestas así las cosas, ha de concluirse que los argumentos expuestos en la alzada, no encuentran eco en esta segunda instancia; por manera que habrá de confirmarse la sentencia opugnada.

COSTAS

Se confirma la decisión que sobre costas impartió el *A quo*, por ser consecuencia directa de la oposición al *petitum*. Sin costas en esta instancia.

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



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la decisión de fecha 23 de febrero de 2021 proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, dentro del proceso seguido por **AGENCIA DE RENOVACIÓN DEL TERRITORIO** contra la **NUEVA EPS S.A.**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO: Sin costas en esta instancia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

EDUARDO CARVAJALINO CONTRERAS

LUIS ALFREDO BARÓN CORREDOR

DIANA MARCELA CAMACHO FERNÁNDEZ

-Se suscribe con firma escaneada ante la declaratoria de Estado de Emergencia Sanitaria, conforme a la Resolución 380 y 385 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, y Decreto 417 de 2020-



PROCESO SUMARIO DE **LIDIA ORTIZ SILVA** CONTRA **CRUZ BLANCA EPS**.

MAGISTRADO SUSTANCIADOR: DR. EDUARDO CARVAJALINO CONTRERAS

En Bogotá DC, a los veintinueve (29) días del mes de abril del año dos mil veintidós (2022), el Magistrado sustanciador procede a zanjar la *litis* en asocio de los H. Magistrados con quienes integra la Sala de Decisión.

Acto seguido el Tribunal, en los términos acordados por la Sala, procede a dictar la siguiente,

S E N T E N C I A

La demandante **LIDA ORTIZ SILVA**, actuando en nombre propio, presentó petición ante la Superintendencia Nacional de Salud – Delegada para Funciones Jurisdiccionales y de Conciliación contra **CRUZ BLANCA EPS**, para que mediante sentencia judicial, se ordene «*EL RECONOCIMIENTO ECONÓMICO por la suma de CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$4.800.000). Gastos en los que incurrí, por la NEGATIVA de la EPS CRUZ BLANCA, en Autorizarme la operación de Desprendimiento de Retina y sabiendo por los especialistas que era URGENTE su realización (...)*», folio 3.

Fundamenta el *petitum* en los supuestos fácticos visibles a folios 1 a 3 de las diligencias, que en síntesis refieren que en el mes de marzo de 2018 comenzó a tener problemas en su visión, por manera que solicitó cita con un oftalmólogo de la demandada, quien al atenderla le diagnosticó desprendimiento de retina y le ordenó cirugía urgente para corregirla. Que la EPS convocada le entregó la autorización 194253677 del 26 de marzo de 2018, en la cual se estableció como fecha para la



realización del procedimiento, el 1° de agosto de símil año, por manera que solicitó su reprogramación para una fecha más cercana, sin embargo, recibió respuesta negativa. Refiere que el 26 de abril de 2018 consultó un oftalmólogo particular, el Dr. Dyoní Rodríguez, quien le indicó que presentaba un desprendimiento de la retina con ruptura, y por ello debía ser operada de urgencia. Agrega que el 27 de abril de 2018 consultó una segunda opinión, en la Clínica Oftalmológica de Cali con el Dr. Jairo Medina Tovar, quien le confirmó el anterior diagnóstico y le indicó que debía realizar de urgencia una vitrectomía con o sin Inserción de Silicón o gas + endolaser + faco sin lio + indentación escleral en ojo derecho, misma que se llevó a cabo el 2 de mayo de 2018 con el Dr. Germán Henry Montoya, a cambio de un valor de \$4.800.000, que pagó con un crédito adquirido por su esposo para tal fin. Aduce que el 13 de agosto de 2019, elevó solicitud de reembolso ante la demandada, misma que fue resuelta por esta en sentido negativo, afirmando que no se informó a la EPS sobre la cita no obtenida de manera prioritaria, y por ende, no se pudo redireccionar a otro prestador.

ADMISIÓN Y CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

La demanda fue admitida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación mediante auto del 20 de febrero de 2020, ordenando notificar y correr traslado del *libelo* a la demandada, folio 15.

La demandada **CRUZ BLANCA EPS** dio contestación a la demanda, oponiéndose a la pretensión de reembolso, aduciendo para el efecto que la solicitud del mismo fue elevada por la parte activa, de manera extemporánea, e igualmente, a la usuaria le fue aprobado el servicio que permitía la realización de la intervención quirúrgica, por manera que no puede endilgársele responsabilidad a la EPS de unos perjuicios



económicos que la demandante quiso asumir de manera caprichosa, acelerada y sin que medie negligencia de la entidad. Acota que la autorización de los servicios médicos tiene fecha del 1° de agosto de 2019 y la paciente se operó el 2 de mayo de similar año, por tanto, su decisión de tomar la cirugía particular fue arbitraria, bajo su total responsabilidad y costo. **Excepciones:** Propuso como medios exceptivos los que denominó inexistencia de la obligación a cargo de Cruz Blanca, inexistencia de los perjuicios reclamados, los recursos de la salud tienen una destinación específica y la genérica (fls. 19 a 27).

DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA

La Superintendencia Delegada para la función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, puso fin a la acción mediante decisión del 1° de octubre de 2020, en la cual dispuso **acceder** a la pretensión de la demanda **ordenando** a CRUZ BLANCA EPS reconocer y pagar a favor de la demandante la suma de \$4.800.00, dentro de los 5 días siguientes a la ejecutoria de la sentencia (folios 59 a 65), por considerar que:

El procedimiento requerido por la demandante obedeció a una atención de urgencias, al presentar un desprendimiento de retina, que de no ser atendido en oportunidad pudo haber comprometido su visión, a más que el mismo se encuentra cubierto por el plan de beneficios; sumando a ello que, el legislador no consideró necesario que el usuario debiera radicar previo a la formulación de la demanda, la solicitud de reembolso de gastos médicos de que trata el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, por manera que si tal petición no se radica dentro del término de 15 días, ello en modo alguno trae como consecuencia la pérdida del derecho al reembolso, en tanto ello no se encuentra previsto como una consecuencia legal.

RECURSO DE APELACIÓN



Contra la anterior determinación la convocada a la acción, **CRUZ BLANCA EPS**, interpuso recurso de alzada manifestando en síntesis como motivos de disidencia que, el reembolso reclamado por la activa fue radicado de manera extemporánea, por lo que no le asiste a la entidad obligación alguna para proceder a su pago. Añade que, en todo caso, no le asiste razón a la demandante al afirmar que existe negligencia por parte de Cruz Blanca EPS, pues la usuaria tenía aprobados los servicios que requería en el momento anterior a la cirugía, siendo claro que la paciente asumió los gastos del procedimiento por voluntad propia. Refiere que la entidad no se encuentra facultada para destinar los recursos de la salud a fines diferentes a la atención de sus usuarios, por manera que no puede proceder con el reconocimiento y pago de valores sin el cumplimiento de los requisitos de ley. Concluyendo que debe revocarse la decisión opugnada y declararse probadas las excepciones propuestas por la pasiva (folios 75 a 79).

Razón por la cual el expediente ha sido enviado ante este Tribunal para que se surta la **instancia**, y como quiera que no se advierten causales de nulidad que invaliden lo actuado, se procede a decidir, previas las siguientes,

CONSIDERACIONES

PROBLEMA JURÍDICO

Analizados los fundamentos fácticos de la presente acción y lo decidido por la Superintendente Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación, observa la Sala, que el conflicto jurídico suscitado entre las partes en litigio, se circunscribe a determinar si CRUZ BLANCA EPS EN LIQUIDACIÓN como entidad que administra el Sistema General de Seguridad Social en Salud, está obligada a pagar los gastos en que



presuntamente incurrió la señora Lidia Ortiz Silva en suma de \$4.800.000 por concepto de procedimiento quirúrgico.

REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS

De esta manera, de un análisis de las pruebas obrantes en el plenario, conforme a los artículos 60 y 61 del CPL, en especial, copia de la cédula de ciudadanía de la señora Lidia Ortiz Silva (fl. 5), historia clínica de la demandante (fls. 6 a 7 y 9 a 10), recibo de caja número 7004 (fl. 8), solicitud de reembolso radicada ante la demandante y su respuesta (fls. 11 a 13), probanzas respecto de las cuales se colige, que la señora LIDIA ORTIZ SILVA debió asumir el valor de \$4.800.000 por concepto de Retinopexia + gas endolaser ante la Clínica Oftalmológica de Palmira (fl. 8); supuestos fácticos respecto de los cuales no existe controversia entre las partes en litigio, en esta segunda instancia.

En claro lo anterior, procede esta Sala de Decisión a desatar el asunto sometido a su escrutinio, para lo cual resulta preciso indicar que en los términos del artículo 41 de la Ley 1122 de 2007 y el artículo 14 de la Resolución No. 5261 de 1994, los usuarios del subsistema de seguridad social integral en salud pueden pretender mediante un proceso verbal sumario el reconocimiento de los gastos médicos, norma que en su literalidad estableció:

*«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 (...)*
(Resalta de la Sala)



Analizando el texto de la norma anteriormente referida, resulta lógico entender, que si bien las Entidades Promotoras de Salud – EPS - son las directas responsables de la prestación de los servicios de salud de sus afiliados que se encuentran incluidos en el POS de forma integral, eficiente y oportuna, a través de las diferentes Instituciones Prestadoras del servicio de Salud – IPS - con las cuales tenga contrato, esa inejecución en los términos previstos por el artículo 14 de la Resolución No 5261 de 1994 permite habilitar al usuario para que solicite el reconocimiento de los gastos en los cuales incurrió, en caso de haber sido atendido por una IPS que no disponga de contrato de servicios con la respectiva EPS al cual se encuentre adscrito.

No hay que olvidar que los servicios que les corresponde prestar a las entidades que administran el Sistema de Seguridad Social en Salud, deben ser suministrados al afiliado y a su núcleo familiar en condiciones de calidad, oportunidad y eficiencia, para que de esa forma se garantice la protección integral y los demás principios y fundamentos que inspiran el sistema introducido con la Ley 100 de 1993, debiendo destacar que los derechos fundamentales como la salud, la vida y la dignidad humana, son el fundamento de la obligación de las EPS y las IPS de atender las urgencias sin obstáculo alguno, porque no brindar esa atención en la forma como lo dispone el ordenamiento jurídico pone en peligro la vida y la integridad física de la persona.

De la misma manera se destaca que, el Sistema de Seguridad Social es uno solo, cuya característica principal es que es administrado por un grupo de entidades creadas para tal fin y en esa medida toda persona tiene la posibilidad de acceder a su cobertura a través de cualquiera de las administradoras a su libre elección, sin que la inclusión o no en la



red de servicios sea determinante ante casos de atención de urgencias, en menoscabo de las garantías mínimas de los asociados.

Pues bien, respecto a este asunto, esta Colegiatura de un estudio de la norma seguida en líneas precedentes, evidencia que el legislador estableció de una lectura detallada del artículo 14 *ejusdem* la configuración de tres supuestos facticos para el reconocimiento del mentado reembolso, a saber, la atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, en segundo lugar, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para la atención específica y, finalmente, en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la EPS, se *itera*, ello de una lectura minuciosa de la normatividad.

En tal contexto, de los supuestos fácticos y del estudio de los medios probatorios obrantes al plenario, se evidencia que el reclamo jurisdiccional se centra en aquellas situaciones jurídicas vistas en los enunciados *«atención de urgencias en caso de ser atendido en una I.P.S. que no tenga contrato con la respectiva E.P.S»* 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»*.

Se sigue de lo anterior, que le corresponde a esta Sala de Decisión establecer si la imposibilidad en la ejecución del procedimiento requerido por la convocante, y la posterior necesidad de llevarlo a cabo de manera particular por Lida Ortiz Silva, se vio enmarcada en los supuestos anotados.

Acorde con lo antepuesto, la documental allegada al plenario da cuenta de la clara afectación en salud de la afiliada demandante, como consta a folio 6 donde se comprueba *«PACIENTE QUIEN DESDE HACE 3 MESES EMPESO (sic) A OBSERVAR MIODESOPSIAS Y FOTOPSIAS POR OJO DERECHO. NO HA NOTADO DISMINUCIÓN DE AV (...) Diagnósticos: 1: H330 DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON*



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

RUPTURA». Lo anterior, fue confirmado el 27 de abril de 2018 por profesional diferente, el Dr. Jairo Medina Tovar, quien ordenó «*VITRECTOMÍA CON O SIN INSERCIÓN DE SILICON O GAS + ENDOLASER + FACO SIN LIO + INDENTACION ESCLERAL EN OJO DERECHO ***URGENTE****» (folio 7); procedimiento este que fue realizado en la humanidad de la demandante el 2 de mayo de 2018 con cargo a sus recursos, mismo que le generó una incapacidad de 30 días (folios 8 a 10).

En claro lo anterior, procede la Sala a resolver la cuestión planteada, para lo cual ha de advertir en primer lugar, que el procedimiento que le fue ordenado a la demandante, lo fue de carácter urgente, pues así lo dejó expresado el médico tratante, el Dr. Jairo Medina Tovar en calidad de Oftalmólogo y Retinólogo, conforme la historia obrante a folio 7.

Por manera que, no existe duda que, en el caso puesto a consideración de la Sala, la demandante se encontraba enfrentada a un diagnóstico que requería una intervención urgente, dado que el mismo galeno que atendió su caso así lo certificó.

Ahora bien, aunque ambas partes coinciden en afirmar que la parte pasiva profirió las órdenes respectivas para llevar a cabo el procedimiento que requería la paciente, lo cierto es que no se constata que la convocada haya actuado en oportunidad, pues así no lo demuestra en las diligencias; antes bien, de la versión de la demandante se tiene que la EPS expidió la orden para que el mismo se llevara a cabo el 1° de agosto de 2018, esto es, un poco más de dos meses después de haber sido ordenado por el médico particular. Adicional a ello, la misma demandada, indica en su contestación, a folio 25, que la cirugía se programó para el 1° de agosto de 2019, es decir, después de un año de la orden proferida por el galeno, por lo que para la Sala es claro que la convocada actuó de manera negligente ante un diagnóstico de la demandante que debía ser atendido de manera urgente.



De manera que, evidente resulta concluir que el actuar desplegado por Lidia Ortiz Silva al decidir consumir su procedimiento quirúrgico, no fue por un capricho o un querer contrapuesto a los principios de aseguramiento, muy por el contrario, ello acaeció por la conducta inoportuna y negligente de la Entidad Promotora de Salud, quien conociendo el estado de salud de la accionante programó el mismo en una fecha que ponía en riesgo la integridad, y en particular, la visión de la demandante.

Luego, no es dable que la negligencia administrativa se traslade a la parte débil de la relación, en este caso la afiliada, y mucho menos convertirse en un gravamen a quien sufriendo una patología, deba inquirir que su promotor de servicios cumpla con las obligaciones encargadas por la Constitución Política y la Ley.

Al respecto, la H. Corte Constitucional en sentencia T – 242 de 2000 señaló:

«En efecto, el actor cumplió las obligaciones a su cargo, y por ello estaba convencido de que, si se veía en la necesidad de recurrir al Seguro Social, en busca de atención médica u hospitalaria, dicha entidad también cumpliría las prestaciones a las que se encontraba obligada por la ley. Sin embargo, ello no ocurrió, y el trabajador se encontró desprotegido y burlado en su buena fe».

De suerte que, lo pagado por concepto de procedimiento quirúrgico, constituye un gasto directo que, por corresponder a una atención en salud, puede reclamarse a través del procedimiento establecido por el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007. A más que la suma de \$4.800.00 se encuentra claramente comprobada a folio 8 del informativo, la cual no fue tachada ni reargüida por la parte accionada; por tanto, no resultan atendibles los argumentos esbozados en la alzada.



Tampoco resulta adecuado considerar el argumento de la citada en relación con la formulación de la reclamación de reembolso por fuera de los 15 días establecidos en la Resolución 5261 de 1994, como quiera que, según lo ha definido la Corte Constitucional, entre otras, en la sentencia T-650 de 2011:

«(...) el plazo para efectuar la reclamación establecido en la Resolución referida, no puede entenderse de ningún modo como un término prescriptivo de la obligación que tiene Coomeva de reconocer a sus usuarios el reembolso de los dineros que le corresponda asumir a la E.P.S. por expresa disposición del régimen de seguridad social en salud. En efecto, el plazo corresponde simplemente al término con el que cuentan los afiliados para adelantar el trámite administrativo de su solicitud ante la entidad, razón por la cual el cumplimiento del mismo, no puede tener como consecuencia la pérdida del derecho del usuario a obtener el reembolso, ni la exoneración de la entidad de cumplir con las obligaciones que le concurren.» (Subraya fuera de texto).

Dimanando de lo precedente, la necesaria confirmación del fallo proferido por la Superintendencia Nacional de Salud – Superintendencia Delegada.

COSTAS.

Sin costas en esta instancia.

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

RESUELVE

PRIMERO: CONFIRMAR la decisión condenatoria de fecha 1º de octubre de 2020 proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de conciliación dentro del presente proceso seguido por



República de Colombia
Tribunal Superior de Bogotá
Sala Laboral

LIDIA ORTIZ SILVA contra **CRUZ BLANCA EPS EN LIQUIDACIÓN**, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva.

SEGUNDO. Sin costas en esta instancia.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

EDUARDO CARVAJALINO CONTRERAS

LUIS ALFREDO BARÓN CORREDOR

DIANA MARCELA CAMACHO FERNÁNDEZ

-Se suscribe con firma escaneada ante la declaratoria de Estado de Emergencia Sanitaria, conforme a la Resolución 380 y 385 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social, y Decreto 417 de 2020-