



TRIBUNAL SUPERIOR DEL DISTRITO JUDICIAL DE BOGOTÁ
SALA TERCERA DE DECISIÓN LABORAL
JOSÉ WILLIAM GONZÁLEZ ZULUAGA
Magistrado Ponente
Proceso: 110012205000201900367-01

SUMARIO ADELANTADO POR LA ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA EN CONTRA DE SALUD TOTAL EPS

Bogotá, D.C., a los treinta y un (31) días del mes de enero del año dos mil veintidós (2022).

Resuelve la Sala el recurso de apelación interpuesto por la parte demandada en contra de la sentencia de primera instancia proferida por la Superintendencia Delegada para la Función Jurisdiccional y de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, el 22 de febrero de 2017.

ANTECEDENTES

La E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA por medio de apoderado judicial, promovió solicitud ante la Superintendencia Nacional de Salud, para que SALUD TOTAL EPS le reconozca y pague los gastos médicos en los que incurrió por valor de \$32.354.335.00, relacionados en las facturas No. 1978152, por concepto de procedimiento quirúrgico de angioplastia o aterectomía con balón de arteria carótida y No. 2152604 por la administración de medicamentos, así como por los intereses moratorios causados sobre el valor de las facturas glosadas a partir de la radicación.

Como soporte fáctico indicó que, la E.S.E Hospital Universitario de la Samaritana, le prestó sus servicios de salud a los señores SONIA JANETH GIL BARRERO y JOSÉ DILLO MADRIGAL TIQUE, afiliados y/o beneficiarios de la EPS SALUD TOTAL S.A., servicios de salud NO POS, determinados en las facturas No. 1978152 y 2152604; no obstante, pese a que el Hospital Universitario de la Samaritana justificó tanto médica como administrativamente el uso de los medicamentos y la prestación de tales servicios, la EPS SALUD TOTAL S.A. negó la autorización de los servicios NO POS (CTC). Precizando que para el momento de la prestación del servicio se solicitó autorización para la atención de una “angioplastia o aterectomía con balón de arteria carótida”, el cual era POS en vigencia del Acuerdo 008 de 2009, Anexo Técnico No. 2 Código Cups 395012, sin

embargo SALUD TOTAL S.A EPS bajo criterio propio lo justificó y calificó como Angioplastia Carotidea más inserción de Stent código Cups 395015 sin generar la respectiva autorización.

CONTESTACIÓN POR PARTE DE LA E.P.S. SALUD TOTAL S.A.

Se opuso al reconocimiento y pago de los gastos médicos argumentando que la factura No. 1978152 por valor de \$10.838.635 correspondiente a la ANGIOPLASTIA CAROTIDEA MAS STENT, no es un servicio que esté incluido en el POS prestado a la paciente SONIA JANETH GIL, además que dicho servicio no fue tramitado por el Hospital Universitario de la Samaritana ante SALUD TOTAL toda vez que la factura fue radicada en febrero de 2012 bajo el número 10141225 y al tratarse de la prestación de un servicio NO POS, el Hospital Universitario de la Samaritana debía realizar el trámite correspondiente ante el Comité Técnico Científico –CTC- con la finalidad de que el mismo aprobara el procedimiento médico, lo que no hizo. (fls.

DECISIÓN DE PRIMERA INSTANCIA DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Mediante decisión del 22 de febrero de 2017, puso fin a la litis, resolviendo no acceder a la pretensión formuladas. (fls 641-643)

RECURSO DE APELACIÓN

Por medio de apoderada judicial, el Hospital Universitario de la Sabana, impugnó la sentencia peticionando su revocatoria, argumentando que según el Acuerdo 008 de 2011 *“por el cual se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”*, Título II, Capítulo Primero, artículos 52-3 y 54, el manejo quirúrgico para enfermedades del corazón se encuentra incluido en el POS-C y no excluye el servicio de Angioplastia de arteria carótida con prótesis (stent). Lo anterior en cuanto a la factura 1978152 del 12 de febrero de 2012; y tratándose de la factura 2152604 del 13 de abril de 2012 explicó que el paciente requería de manera urgente el medicamento, como consta en la historia clínica. Por lo que había respaldo científico que coincidía con la estrategia de manejo; insistiendo por las razones expuestas en el pago de las facturas e intereses solicitados.

No observándose causal de nulidad que invalide lo actuado se procede a resolver la instancia previa las siguientes,

CONSIDERACIONES

Sea lo primera señalar, que la Sala laboral de esta Corporación tiene competencia

para dirimir el fondo del presente asunto, pues en virtud del artículo 116 de la Constitución Nacional, la Superintendencia Nacional de Salud fue investida de funciones jurisdiccionales por el artículo 41 de la Ley 1122 de 2007, modificado por la Ley 1949 de 2019 artículo 6 disponiéndose para estos efectos, el procedimiento establecido en el artículo 148 de la Ley 446 de 1998, modificado por el artículo 52 de la Ley 510 de 1999.

DE LAS FACTURAS No. 1978152 Y 2152604 POR VALOR TOTAL DE \$32.354.335.

Dentro del cartulario se tiene demostrado que la parte actora con arreglo a lo previsto por los artículos 168 de la Ley 100 de 1993¹ y 67 de la Ley 715 de 2001², prestó servicios médicos a los afiliados a SALUD TOTAL EPS, según se desprende de las historias clínicas y las facturas de venta que obran de folios 22 a 301, situación aceptada por la demandada.

Ahora, la promotora de la litis presentó 2 facturas de venta a SALUD TOTAL EPS para el reconocimiento de las sumas de dinero así:

	No FACTURA	FOLIO	VALOR INICIAL
1	1978152	22, 25 y 27-31	\$10.838.635
2	2152604	22 y 64-71	\$ 21.515.700

De esta forma, la controversia se fija en dilucidar si al Hospital Universitario le asiste derecho al reconocimiento y pago de los valores relacionados en las facturas arrimadas al plenario por concepto de los servicios médicos y asistenciales prestados a los afiliados de la encartada, o si por el contrario, tales valores no deben ser pagados con ocasión a las glosas o reclamaciones presentadas contra tales servicios.

Se tiene que con la entrada en vigencia del SGSS, se apuntó a regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención, creándose entonces las entidades promotoras de salud como integrantes del SGSSS con la obligación principal de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio o Plan de Beneficios en Salud a los afiliados, tal y como lo disponen

¹ **ARTÍCULO 168. ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS.** La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. El costo de estos servicios será pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía en los casos previstos en el artículo anterior, o por la Entidad Promotora de Salud al cual esté afiliado, en cualquier otro evento. PARÁGRAFO. Los procedimientos de cobro y pago, así como las tarifas de estos servicios serán definidos por el gobierno nacional, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

² **ARTÍCULO 67. ATENCIÓN DE URGENCIAS.** La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. La atención de urgencias en estas condiciones no constituye hecho cumplido para efectos presupuestales y deberá cancelarse máximo en los tres (3) meses siguientes a la radicación de la factura de cobro.

los artículos 177³ y 178⁴ de la Ley 100 de 1993, de tal forma que precisamente la prestación de los servicios médicos cuyo pago hoy echa de menos la actora, es producto de la materialización de esta obligación, que dicho sea de paso, se dio en forma directa, pues no se trató de afiliados de la EPS encartada (fl 628), lo que termina por legitimar a la parte demandante para cobrar y por supuesto solicitar el pago de los servicios efectivamente prestados.

Así las cosas, el trámite de las cuentas presentadas por los prestadores de servicios de salud, se encuentra regulado entre otros en el artículo 7 del Decreto 1281 de 2002 el cual dispone que las facturas o reclamaciones ante las EPS deberán ser presentadas dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de efectiva de prestación de los servicios, so pena que no sean reconocidos intereses de mora u otra sanción resarcitoria por la dilación en la satisfacción del pago; previendo de otro lado a instancia de la entidad responsable del pago, la facultad de denunciar y/o no aceptar las inconsistencias que encuentre en los servicios médicos que pretenden sean asumidas por aquella a través del mecanismo de glosas regulado en el artículo 57 de la ley 1438 de 2011 que dispone:

Artículo 57. Trámite de glosas. *Las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y alcance definidos en la normatividad vigente. Una vez formuladas las glosas a una factura no se podrán formular nuevas glosas a la misma factura, salvo las que surjan de hechos nuevos detectados en la respuesta dada a la glosa inicial.*

Como **SALUD TOTAL EPS** presentó inconformidad frente al valor cobrado, le correspondía entonces, de acuerdo a las reglas de la carga de la prueba del artículo 167 del CGP, demostrar las inconsistencias que no permitieron el pago de los servicios.

³ **ARTÍCULO 177. DEFINICIÓN.** Las Entidades Promotoras de Salud son las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitalización al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

⁴ **ARTÍCULO 178. FUNCIONES DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.** Las Entidades Promotoras de Salud tendrán las siguientes funciones:

1. Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.
3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley.
4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.
5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.
6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
7. Las demás que determine el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Al respecto, tratándose de la factura 1978152 del 12 de febrero de 2012, la EPS motivó la glosa en que el servicio no fue autorizado, el procedimiento NO POS requería de un Comité Técnico Científico y no se presentó factura del insumo Stent carotideo (fl. 35).

En tal sentido, una revisión juiciosa del expediente permite concluir que la EPS SALUD TOTAL mediante correo de fecha 21 de agosto de 2013 le asignó al procedimiento que le fue realizado a la paciente el 8 de febrero de 2011, el de angioplastia carotidea más implantación de stent (CUPS 395015), no incluido en el POS. (fl 37), circunstancia que al no ser objeto de discusión por ninguna de las partes obliga a determinar si como lo aduce la ESE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA se trataba de un procedimiento POS y por tanto no requería de autorización del CTC.

Sobre el particular, atendiendo la fecha de realización del procedimiento al paciente (8 de febrero de 2011) debe indicarse que le asiste razón al fallador de primera instancia cuando sostiene que la norma que regulaba el asunto para ese momento era el Acuerdo 008 del 29 de diciembre 2009 *“Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado”* y no el Acuerdo 028 del 30 de noviembre de 2011, ya que éste último entró en vigor tan sólo a partir del 1º de enero de 2012; no obstante lo anterior, como quiera la asignación que otorgó la EPS al referido procedimiento, la fundó en el Acuerdo 003 de 2009 donde registraba como no POS, es evidente que dicha entidad con tal proceder desconoció que el Acuerdo que regulaba el asunto no excluyó expresamente el citado procedimiento del POS en el régimen contributivo (Art 54)⁵, y en tal orden de ideas mal podía interpretar

⁵ **CAPITULO III. Exclusiones y limitaciones del plan obligatorio de salud del régimen contributivo**

Artículo 54. Exclusiones en el régimen contributivo. El POS-C tiene las siguientes exclusiones y limitaciones, acorde con lo estipulado en el artículo 000, del presente acuerdo:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
2. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
3. Diagnóstico y tratamientos para la infertilidad.
4. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
5. Medias elásticas de soporte; corsés y/o fajas; sillas de ruedas; plantillas y zapatos ortopédicos; vendajes acrílicos; lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros y/o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en el presente Acuerdo.
6. Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica vigente.
7. Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
8. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente Acuerdo.
9. Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución.
10. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, prótesis y blanqueamiento dental en la atención odontológica.
11. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares y cutáneas.
12. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosas, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento.

lo contrario, máxime cuando de manera amplia en su artículo 52⁶ contemplaba como uno de los servicios que sí se hallaban incluidos en el POS el manejo quirúrgico para enfermedades del corazón, esto es, de manera general. Por ende, donde la norma no realiza exclusiones mal puede el intérprete efectuarlas.

Desde la anterior perspectiva corresponde a este Colegiado revocar la decisión que sobre el particular adoptó la falladora de primera instancia, para en su lugar ordenar su pago junto con los intereses moratorios liquidados desde el mes siguiente a la fecha de radicación de dicha factura y hasta tanto se verifique su pago.

De otra parte, en lo que interesa a la factura No. 2152604, la EPS motivó la glosa en que *“las 150 ampollas de inmunoglobulina G humana polvo para reconstruir 1G/50ML, era un medicamento que no estaba autorizado porque el INVIMA no lo había indicado para la patología utilizada”*, reflexión a la que se opuso la IPS al considerar que realizó el trámite correspondiente a la autorización del

Todas las actividades, procedimientos e intervenciones deben estar contemplados en el presente Acuerdo.

13. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a los necesarios de acuerdo a evidencia clínica debidamente demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.

14. Pañales para niños y adultos.

15. Toallas higiénicas.

16. Bolsas de colostomía.

17. Artículos cosméticos.

18. Suplementos o complementos vitamínicos y nutricionales salvo excepciones expresas en la norma.

19. Líquidos para lentes de contacto.

20. Tratamientos capilares.

21. Champús de cualquier tipo.

22. Jabones.

23. Cremas hidratantes.

24. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.

25. Medicamentos o drogas para la memoria.

26. Medicamentos para la impotencia sexual o la disfunción eréctil.

27. Medicamentos anorexígenos.

28. Edulcorantes o sustitutos de la sal.

29. Enjuagues bucales y cremas dentales.

30. Cepillo y seda dental.

31. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia y protección social tipo ancianato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida.

32. El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el POS.

33. Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las actividades, procedimientos e intervenciones descritas en el presente Acuerdo.”

⁶ Artículo 52. *Alto costo en el régimen contributivo.* Los eventos y servicios de alto costo incluidos en el POS-C son los siguientes:

1. Trasplante renal, de corazón, de hígado, de medula ósea y de córnea.

2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.

3. Manejo quirúrgico para enfermedades del corazón.

4. Manejo quirúrgico para enfermedades del sistema nervioso central.

5. Reemplazos articulares.

6. Manejo médico-quirúrgico del Gran Quemado.

7. Manejo del trauma mayor.

8. Manejo del paciente infectado por VIH.

9. Quimioterapia y Radioterapia para el Cáncer.

10. Manejo de pacientes en Unidad de Cuidados Intensivos

11. Manejo quirúrgico de enfermedades congénitas.

medicamento NO POS, encontrando respaldo científico el manejo brindado por el Hospital a través de su grupo de especialistas, conforme se aprecia en la literatura médica que anexó con su demanda, de ahí que la estrategia fue adecuada, conducente y pertinente.(Fls 82 y ss)

Pues bien, habida cuenta que no es materia de discusión que el citado medicamento no está incluido en el POS y que el INVIMA no lo tiene indicado para la patología utilizada (dermatomiositis), lo procedente sería ahondar en las explicaciones brindadas por la IPS para su uso, las cuales apoyó básicamente en “literatura científica” que le permitió a su grupo de especialistas utilizarla, empero, como quiera que la ley es la que prevé que tal autorización compete al Comité Técnico Científico de la EPS, en vista que fue precisamente éste el que la negó según se observó en la foliatura, habrá de mantenerse incólume la decisión del A quo frente a dicha glosa.

Y es que de acuerdo a la Resolución 2933 de 2006 (Artículo 6º)⁷, no se advierte por parte de esta Sala que para la factura 2152604, el Comité Técnico Científico se hubiera apartado de los criterios que debía tener en cuenta para autorizar medicamentos no incluidos en el POS, en especial cuando allí se estableció entre uno de ellos ***“que la prescripción del medicamento debe coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto”***, por tanto, al no haber evidenciado dicho Comité que el médico tratante agotó opciones farmacológicas del POS y que la administración del medicamento fuera necesaria por estar en riesgo la vida del paciente, ya que tales situaciones no se desprendían de la historia clínica y los documentos que se acompañaron al cobro de la factura, es palmario que la glosa se encontró ajustada a derecho, por lo que se impone despachar desfavorablemente esta súplica como acertadamente lo concluyera la A quo, sobre todo si se tiene en cuenta que no es el funcionario judicial el llamado a determinar si la literatura científica que sirvió de sustento a la IPS era suficiente y válida.

Por las anteriores razones, la Sala revocará el ordinal TERCERO la decisión impugnada únicamente en cuanto no accedió a las pretensiones formuladas por el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ESE respecto a la factura No. 1978152 del 12 de febrero de 2012 por valor de \$10.838.635, para en su lugar ORDENAR a SALUD TOTAL EPS el pago de la misma junto con los intereses moratorios liquidados desde el mes siguiente a la fecha de radicación de dicha

⁷ **Artículo 6 º** - .El Comité Técnico Científico, deberá tener en cuenta para la autorización de los medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud los siguientes criterios: a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sólo podrá realizarse por el personal autorizado de la EPS, EOC o ARS. No se tendrán como válidas transcripciones de prescripciones de profesionales que no pertenezcan a la red de servicios de cada una de ellas. b) Sólo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país. De igual forma la prescripción del medicamento deberá coincidir con las indicaciones terapéuticas que hayan sido aprobadas por el Invima en el registro sanitario otorgado al producto. c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones, o de observar reacciones adversas o intolerancia por el paciente, o porque existan indicaciones expresas. De lo anterior se deberá dejar constancia en la historia clínica.

factura y hasta tanto se verifique su cancelación; manteniéndolo incólume en lo demás.

COSTAS

Sin costas en la alzada.

En mérito de lo expuesto la Sala Tercera de Decisión de la Sala Laboral del Tribunal Superior de Bogotá D.C, administrando justicia en nombre de la República de Colombia por la autoridad de la Ley.

RESUELVE

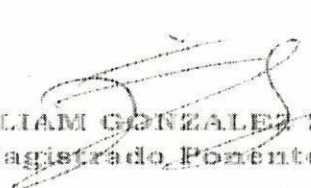
PRIMERO.- REVOCAR el ordinal TERCERO la decisión impugnada únicamente en cuanto no accedió a las pretensiones formuladas por el HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA ESE respecto a la factura No. 1978152 del 12 de febrero de 2012 por valor de \$10.838.635, para en su lugar **ORDENAR** a SALUD TOTAL EPS que proceda al pago de la misma junto con los intereses moratorios liquidados desde el mes siguiente a la fecha de radicación de dicha factura y hasta tanto se verifique su cancelación; manteniéndolo incólume en lo demás, conforme a las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

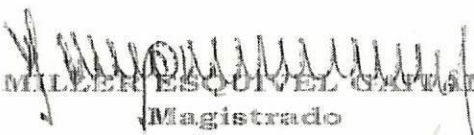
SEGUNDO.- SIN COSTAS.

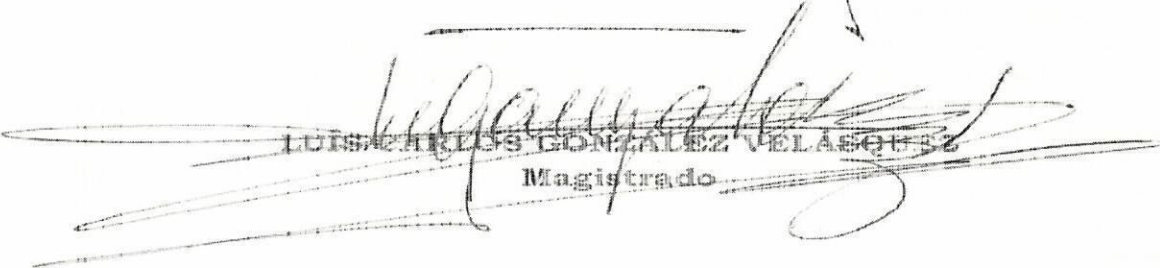
TERCERO.- En firme devuélvase al Despacho de Origen.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Los magistrados,


JOSÉ WILLIAM GONZÁLEZ ZULUAGA
Magistrado Ponente


MILLER ESQUIVEL GAITÁN
Magistrado


LUIS CARLOS GONZÁLEZ VELASCO
Magistrado