R3DkODE-39
R4D1C4D0_1
R4D1C4D0_2
R4D1C4D0_3
Consulte su trámite en:
L1NK
C0DV3R

QRC0D1G0

ASUNTO: Concepto frente a la aclaración del artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994
Radicado 202442401764812 (294661)

Respetada señora:

Hemos recibido su comunicación mediante la cual solicita:

> *"Honorable Ministerio de salud Bajo el derecho de petición de interpretación de la normativa de la Resolución 5261/1994, específicamente cuando las EPS son negligentes en prestar el servicio médico de salud para su paciente y se tiene tutela amparada por cobertura, le aplicaría los reembolsos por gastos médicos con unas premisas, que me son confusas del Art 14, por lo que peticiono a tan honorable ministerio su aclaración para obrar conforme el precepto legal: 1. Cuáles son los requisitos para solicitar el reembolso por gastos médicos por negligencia demostrada de las EPS´s? 2. Que documentos debe aportar el afiliado a su EPS para hacer la solicitud de reembolso por gastos médicos que habla el Art 14 de la precitada norma res 5261/94? 3. Hoy en día aplica la facturación digital electrónica es un documento válido a presentar por los reembolsos por gastos médicos pues todo es digital en el avance de la tecnología? 4. Finalmente, cuando se tiene una tutela expresa de cobertura de un servicio que la EPS en su momento negó y un Juez otorgó, caso de traslado o transporte de pacientes para servicios médicos en tratamientos de salud, pero ni con tutela a favor de esos traslados la EPS se rehúsa a prestar el traslado conforme el fallo y la orden médica, la consulta es:¿ los requisitos para tramitar el reembolso por eso negado de los traslados son las ordenes médicas que amparan el traslado o transporte para los servicios de salud que requiere el paciente (es decir la formula médica que tiene de base el fallo judicial de tutela para este transporte médico?".*

Al respecto, nos permitimos señalar:

En primer lugar, debe señalarse que en cumplimiento de los mandatos constitucionales contenidos en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia, el legislador en ejercicio de su libertad legislativa en materia de salud y seguridad social, expidió la Ley 100 de 1993[1], mediante el cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral, dentro del

1 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

que se concibió el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS, cuyo objeto es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Ahora, frente al tema de reembolsos, vale la pena traer a colación el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994[2], que dispone que la Entidad Promotora de Salud – EPS debe reconocer los gastos en que incurra el afiliado por concepto de salud y donde se precisa los eventos en los que opera el reembolso, disposición que prevé lo siguiente:

> *"**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."*

Para el caso que nos ocupa, resulta procedente señalar que la sentencia T-650 de 2011 de la Corte Constitucional MP. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, al referirse al tema objeto de consulta, indicó lo siguiente:

> *" (…)Vistas las circunstancias fácticas del asunto bajo examen, esta Sala encuentra necesario efectuar las siguientes precisiones:*
>
> ***2.4.1.** En primer lugar, debe señalarse que por "urgencia", de acuerdo con el artículo 9 de la Resolución 5261 de 1994, debe entenderse "(…) la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras."*
>
> *La atención inicial de urgencias, entendida como "la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia"[4], de acuerdo con lo establecido en el*

2 "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",

artículo 168 de la Ley 100 de 1993, debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. El costo de dichos servicios, siguiendo la norma en cita, debe ser asumido por la Entidad Promotora de Salud a la cual esté afiliado el usuario, salvo en los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales o en otros eventos expresamente aprobados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, ya que en estos supuestos el llamado a sufragar dichos costos es el Fondo de Solidaridad y Garantía. En el mismo sentido, el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994, establece algunas reglas específicas en materia de reconocimiento de reembolsos a los afiliados que han tenido que asumir costos por atención de urgencias.

Es claro que la atención inicial de urgencias constituye una prestación cierta, que se encuentra expresamente consagrada en el Plan Obligatorio de Salud como un derecho que le asiste a todos los beneficiarios de dicho plan. Pero además, ello implica la efectividad del derecho a la salud como derecho fundamental.

En ese orden de ideas debe recordarse que, según lo establecido en la Sentencia T-594 /07, el derecho fundamental a la salud en relación con las prestaciones establecidos en el P.O.S., tiene dos dimensiones: (i) en primer término, la prestación efectiva, real y oportuna del servicio médico incluido en el P.O.S. y, (ii) en segundo lugar, la asunción total de los costos del servicio, por cuenta de las entidades que tienen a su cargo la prestación de los mismos.

En este sentido y aplicado lo anterior al caso que nos ocupa, es evidente que a pesar de que la actora contó con la prestación material del servicio cuando requirió la atención, una de las dimensiones del derecho fundamental a la salud no se vio satisfecha, toda vez que la entidad encargada de asumir los gastos que se generaron por la prestación del mismo, esto es, Coomeva EPS, omitió el cumplimiento de su obligación y trasladó al paciente la carga de asumir este costo de manera directa, actuación que comporta una violación del derecho fundamental a la salud del accionante.

Adicionalmente, la vulneración de los derechos de la accionante se torna más gravosa por cuanto la entidad accionada negó el reconocimiento de dicha prestación con fundamento en el incumplimiento de un requisito meramente formal, como es la extemporaneidad de la reclamación, esto es, vencido el término establecido en el artículo 14 de la resolución 5261 de 1994, según la cual "… la solicitud de reembolso deberá hacerse dentro de los quince (15) días siguientes al alta del paciente…".

De este modo, se resolverá de acuerdo a lo establecido en la sentencia T-594 de 2007[5], en donde se manifiesta que 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.

De esta manera, teniendo en cuenta que la cobertura económica del servicio P.O.S que aquí se solicita hace parte de la dimensión fundamental del derecho a la salud, Coomeva EPS tiene la obligación de reembolsarle a la actora los gastos en los que incurrió para cubrir su traslado a la clínica Versalles en la ciudad de Cali, y su negativa ante el requerimiento constituye un desconocimiento del manual de procedimientos e intervenciones del P.O.S., por lo que se concreta la vulneración del derecho fundamental a la salud de la señora XXX.

2.4.2. *Aunado a lo anterior, la asunción de los gastos le causaron una afectación directa del derecho fundamental al mínimo vital, debido a que se vio obligada a solicitar dinero prestado a unos amigos y a destinar una parte de sus ingresos mensuales para el pago de la deuda adquirida, los cuales corresponden a ($324.000) como producto de su labor como madre comunitaria inscrita al bienestar familiar[6]. Escasa suma de dinero que tiene que dividir entre el pago de la obligación adquirida, sostenimiento propio y sus otros compromisos como madre cabeza de hogar, como son pagar servicios, alimentación, EPS, entre otros.*

Teniendo en cuenta lo manifestado anteriormente, la señora Noralba Giraldo no cuenta con la capacidad económica para asumir el costo de los gastos ocasionados por el traslado a la ciudad de Cali, razón por la cual la entidad prestadora del servicio de salud debe hacer el reembolso del dinero.

2.5. CONCLUSIÓN

Considera entonces la Sala, que el perjuicio que en este caso se ocasionó a la accionante y a su grupo familiar con la negativa por parte de la EPS Coomeva de otorgarle el reembolso de los gastos en los que incurrió por su traslado, conducen inevitablemente a la prosperidad de la acción de tutela incoada por la actora, quien ha visto vulnerados sus derechos a la salud y a condiciones de vida digna, como consecuencia de la asunción del pago directo del traslado y demás servicios médicos." (Subraya fuera de texto).

De otra parte y en cuanto al cumplimiento de los fallos de tutela emitidos por los jueces de la república, y la impugnación de estos, el Decreto 2591 de 1991[3], determinó en sus artículos 27, 31 y 32, lo siguiente:

*"**ARTICULO 27.-**Cumplimiento del fallo. Proferido el fallo que concede la tutela, la autoridad responsable del agravio deberá cumplirla sin demora.*

Si no lo hiciere dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes, el juez se dirigirá al superior del responsable y le requerirá para que lo haga cumplir y abra el correspondiente procedimiento disciplinario contra aquél. Pasadas otras cuarenta y ocho horas, ordenará abrir proceso contra el superior que no hubiere procedido conforme a lo ordenado y

[3] por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el articulo 86 de la Constitución Política.

adoptará directamente todas las medidas para el cabal cumplimiento del mismo. El juez podrá sancionar por desacato al responsable y al superior hasta que cumplan su sentencia.

Lo anterior sin perjuicio de la responsabilidad penal del funcionario en su caso.

En todo caso, el juez establecerá los demás efectos del fallo para el caso concreto y mantendrá la competencia hasta que esté completamente restablecido el derecho o eliminadas las causas de la amenaza."

***Artículo 31. Impugnación del fallo**. Dentro de los tres días siguientes a su notificación el fallo podrá ser impugnado por el Defensor del Pueblo, el solicitante, la autoridad pública o el representante del órgano correspondiente, sin perjuicio de su cumplimiento inmediato.*

Los fallos que no sean impugnados serán enviados al día siguiente a la Corte Constitucional para su revisión.

***Artículo 32. Trámite de la impugnación**. Presentada debidamente la impugnación el juez remitirá el expediente dentro de los dos días siguientes al superior jerárquico correspondiente.*

El juez que conozca de la impugnación, estudiará el contenido de la misma, cotejándola con el acervo probatorio y con el fallo. El juez, de oficio o a petición de parte, podrá solicitar informes y ordenar la práctica de pruebas y proferirá el fallo dentro de los 20 días siguientes a la recepción del expediente. Si a su juicio, el fallo carece de fundamento, procederá a revocarlo, lo cual comunicará de inmediato. Si encuentra el fallo ajustado a derecho, lo confirmará. En ambos casos, dentro de los diez días siguientes a la ejecutoria del fallo de segunda instancia, el juez remitirá el expediente a la Corte Constitucional, para su eventual revisión.

Ahora, para efectos de precisar lo indicado anteriormente, debe tenerse en cuenta frente al cumplimiento de las órdenes proferidas por los jueces de tutela, lo prescrito en el artículo 52 del Decreto 2591 de 1991, así:

*"**Artículo 52. Desacato.** La persona que incumpliere una orden de un juez proferida con base en el presente Decreto incurrirá en desacato sancionable con arresto hasta de seis meses y multa hasta de 20 salarios mínimos mensuales, salvo que en este Decreto ya se hubiere señalado una consecuencia jurídica distinta y sin perjuicio de las sanciones penales a que hubiere lugar.*

La sanción será impuesta por el mismo juez mediante trámite incidental y será consultada al superior jerárquico quien decidirá dentro de los tres días siguientes si debe revocarse la sanción. La consulta se hará en el efecto devolutivo.

Adicionalmente, frente al cumplimiento a los fallos de tutela, la Corte Constitucional en la

sentencia C-367 del 11 de junio de 2014[4], con magistrado ponente Mauricio González Cuervo, expuso:

> *"(…)*
>
> ***4.3. El deber de acatar los fallos de tutela, los poderes del juez para hacerlos cumplir y las responsabilidades que pueden seguirse de su incumplimiento. Reiteración de jurisprudencia.***
>
> *4.3.1. Si incumplir una providencia judicial es, como se vio, una conducta grave que puede comprometer la responsabilidad de la persona involucrada en diversos ámbitos, incumplir la orden dada por el juez constitucional en un fallo de tutela es una conducta de suma gravedad, porque (i) prolonga la vulneración o amenaza de un derecho fundamental tutelado y (ii) constituye un nuevo agravio frente a los derechos fundamentales a un debido proceso y de acceso a la justicia[12]*
>
> *4.3.2. Ante la orden impartida en un fallo de tutela su destinatario tiene dos opciones: una, que es la regla, cumplirla de manera inmediata y adecuada (art. 86 CP) y, dos, que es la excepción, probar de manera inmediata, eficiente, clara y definitiva la imposibilidad de cumplirla. La impugnación del fallo o la selección para su eventual revisión por este tribunal no suspende el cumplimiento del fallo de tutela (art. 86, inc. 2). Por lo tanto, en ningún evento el destinatario de la orden puede prolongar en el tiempo la vulneración o amenaza de los derechos fundamentales, simplemente porque así lo tiene a bien, o por que esa es su voluntad, o por haber impugnado la decisión del juez de primera instancia, o por estar pendiente la posible selección de las decisiones judiciales para su eventual revisión por la Corte Constitucional.*
>
> *(…)"*

Por lo anterior, tenemos que tal como lo establecen los artículos 27 y 52 del Decreto 2591 de 1991 antes transcritos, es el juez de primera instancia quien define los efectos del fallo y quien conserva la competencia para verificar el cumplimiento de la orden, hasta cuando se haya restablecido el derecho o se hayan eliminado las causas de la violación. En el ejercicio de esta competencia, el juez de primera instancia puede adoptar las determinaciones que sean necesarias para garantizar el goce efectivo del derecho.

De otra parte, frente al tema de la factura en salud, el artículo 772 del Decreto 410 de 1971 *"Por el cual se expide el Código de Comercio*", establece lo siguiente:

> *"**Artículo 772.** Factura es un título valor que el vendedor o prestador del servicio podrá librar y entregar o remitir al comprador o beneficiario del servicio.*
>
> *(…)*

[4] Demanda de inconstitucionalidad: en contra del artículo 52 del Decreto 2591 de 1991.

Parágrafo. *Para la puesta en circulación de la factura electrónica como título valor, el Gobierno Nacional se encargará de su reglamentación."*

En cuanto a la factura electrónica, el artículo 2 del Decreto 2245 de 2015 *"por el cual se reglamentan las condiciones de expedición e interoperabilidad de la factura electrónica con fines de masificación y control fiscal."* la define:

> *"**1. Factura electrónica**: Es el documento que soporta transacciones de venta de bienes y/o servicios y que operativamente tiene lugar a través de sistemas computacionales y/o soluciones informáticas que permiten el cumplimiento de las características y condiciones que se establecen en el presente Decreto en relación con la expedición, recibo, rechazo y conservación. La expedición de la factura electrónica comprende la generación por el obligado a facturar y su entrega al adquirente.*

Así mismo, el artículo 15[5] de la Ley 1966 de 2019[6], sobre factura electrónica en salud, prevé la obligación para todos los prestadores de servicios de salud de generar factura electrónica para el cobro de los servicios y tecnologías de salud, así como la obligación de presentarla de forma simultánea ante la DIAN y la entidad responsable de pago, con sus soportes en el plazo establecido en la ley;

Igualmente, la Resolución 2275 de 2023[7], modificada por las Resoluciones 558[8] y 1884[9] de 2024 expedida por este Ministerio se encuentra enmarcada dentro de la normatividad que sobre el proceso de facturación electrónica aplica a todos los facturadores electrónicos del sector salud, según lo señalado en el parágrafo del artículo 2[10] de la Resolución 2275 de 2023, dentro de los cuales se encuentran los Prestadores de Servicios de Salud – PSS.

Entonces se tiene que factura electrónica es un documento para soportar la venta de productos o servicios, a diferencia de la facturación tradicional, esta se reporta a la DIAN en el momento que se genera.

---

5 **Artículo 15***. Factura electrónica en salud.* Todos los prestadores de servicios de salud están obligados a generar factura electrónica para el cobro de los servicios y tecnologías en salud. Deberán presentarla, al mismo tiempo ante la DIAN y la entidad responsable de pago con sus soportes en el plazo establecido en la ley, contado a partir de la fecha de la prestación del servicio, de la entrega de la tecnología en salud o del egreso del paciente, prescribirá el derecho en los términos de ley.
(…)

6 POR MEDIO DEL CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA LA GESTIÓN Y TRANSPARENCIA EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES

7 Por la cual se expide la resolución única reglamentaria del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud -RIPS, soporte de la Factura Electrónica de Venta -FEV en salud y se dictan otras disposiciones

8 Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023, en relación con la transición prevista para la implementación del RIPS como soporte de la FEV en salud y el inicio de la operación de la plataforma del mecanismo único de validación

9 Por la cual se modifica la Resolución 2275 de 2023 y se dictan otras disposiciones

10 Artículo 2. Ámbito de aplicación. Las disposiciones contenidas en la presente resolución son aplicables a:
Parágrafo 2. Para los efectos previstos en la presente resolución, se entienden como facturadores electrónicos del sector salud, las entidades encargadas de la prestación o provisión de servicios y tecnologías de salud relacionadas en los numerales 1, 2 y 3 de este artículo.

Habiendo hecho las anteriores precisiones, se procede a dar respuesta a sus cuestionamientos en el mismo orden en que se plantean.

> ***"1. Cuales son los requisitos para solicitar el reembolso por gastos médicos por negligencia demostrada de las EPS´s?"***

Las Entidades Promotoras de Salud se encuentran obligadas por mandato legal a reconocer a sus afiliados los gastos que los mismos hubiesen tenido que asumir en los siguientes eventos:

1. Tratándose de atención inicial de urgencias cuando el afiliado sea atendido en una IPS que no tenga contrato con la EPS a la cual este afiliado.

2. Cuando haya sido autorizada en forma expresa por parte de la respectiva Entidad Promotora de Salud, la prestación de atenciones específicas.

3. En caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud en el cubrimiento de las obligaciones para con sus usuarios.

Para el caso, hay que especificar que el requisito esencial de todo reembolso es que se efectué teniendo como sustento de fondo la presentación de alguna de las situaciones antes descritas y que están contempladas en el artículo 14 de la Resolución 5261 de 1994.

> ***"2. Que documentos debe aportar el afiliado a su EPS para hacer la solicitud de reembolso por gastos médicos que habla el Art 14 de la precitada norma res 5261/94?"***

Para el efecto, la solicitud de reembolso deberá ser presentada dentro de los quince (15) días siguientes a haberse ocasionado el hecho que motivó el reembolso, debiéndose adjuntar a la misma como soporte documental el original de las facturas, la certificación emitida por un médico sobre la ocurrencia del hecho y de sus características, y copia de la historia clínica del paciente.

> ***"3. Hoy en día aplica la facturación digital electrónica es un documento válido a presentar por los reembolsos por gastos médicos pues todo es digital en el avance de la tecnología?"***

La factura electrónica es la evolución de la factura tradicional de papel y, para efectos legales, tiene la misma validez. Por lo que se podría presentar la factura electrónica como soporte de las transacciones de ventas de bienes o prestación de servicios por

cuanto la norma no establece el tipo de factura a presentar.

La implementación de la factura electrónica como proceso obligatorio para la mayoría de las transacciones comerciales incluyendo aquellas relacionadas con el sector salud ha permitido que ciertos sectores se adapten progresivamente a esta exigencia, por lo que es posible que algunas EPS considerando esta progresividad y las particularidades de cada caso puedan aceptar temporalmente documentos equivalentes o facturas físicas en situaciones específicas, para lo cual deberá cumplirse con los términos y requisitos dispuestos en las Resoluciones 1884 y 1885[11] de 2024.

Finalmente, la factura electrónica en salud es un documento válido para solicitar el reembolso de gastos médicos, siempre que cumpla con los requisitos establecidos por la DIAN y el Ministerio de Salud y Protección Social.

> ***"4. Finalmente, cuando se tiene una tutela expresa de cobertura de un servicio que la EPS en su momento negó y un Juez otorgó, caso de traslado o transporte de pacientes para servicios médicos en tratamientos de salud, pero ni con tutela a favor de esos traslados la EPS se rehúsa a prestar el traslado conforme el fallo y la orden médica, la consulta es:¿ los requisitos para tramitar el reembolso por eso negado de los traslados son las ordenes médicas que amparan el traslado o transporte para los servicios de salud que requiere el paciente (es decir la formula médica que tiene de base el fallo judicial de tutela para este transporte médico?".***

Frente a su consulta, relativa a si los requisitos para tramitar el reembolso frente a los servicios negados por la EPS es la orden médica, se reitera lo expuesto en la respuesta dada a su segundo interrogante, en el sentido de que los soportes para el reembolso son el original de las facturas, la certificación emitida por un médico sobre la ocurrencia del hecho y de sus características, y una copia de la historia clínica del paciente.

El presente concepto tiene el efecto determinado en el artículo 28 del Código del procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, sustituido en su Título II, por el artículo 1 de la Ley 1755 de 2015, el cual establece que: *"Salvo disposición legal en contrario, los conceptos emitidos por las autoridades como respuestas a peticiones realizadas en ejercicio del derecho a formular consultas no serán de obligatorio cumplimiento o ejecución".*

Cordialmente,

11 Por la cual se modifica la Resolución 2284 de 2023 y, se dictan otras disposiciones