

Doctor

GUSTAVO ALIRIO TUPAZ PARRA

Juez Dieciocho (18) Laboral del Circuito de Bogotá.

E.S.D.

Expediente: 11001310501420140053700

Demandante: E.P.S. Sanitas S.A. / Colsanitas S.A.

Demandado: La Nación – Ministerio de Salud y Protección Social.

ORDINARIO LABORAL

JOSE LUIS IRIARTE DIAZ, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 72.279.014 de Barranquilla, abogado en ejercicio, portador de la tarjeta profesional No. 146.814 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la **Entidad Promotora de Salud E.P.S. Sanitas S.A.**, en adelante **EPS Sanitas**, sociedad comercial de naturaleza anónima, constituida mediante Escritura Pública No. 3796 del primero de diciembre de 1994, otorgada en la Notaría 30 del Círculo de Bogotá, inscrita en la Cámara de Comercio de la misma ciudad el 16 de diciembre de 1994 siguiente, bajo el No. 474089 del Libro IX, con matrícula mercantil No. 00626289 y número de identificación tributaria NIT, No. 800.251.440-6, debidamente autorizada para operar como tal por la Superintendencia Nacional de Salud, todo lo cual consta en certificado de existencia y representación legal expedido por la citada Cámara y en Resolución No. 0981 de diciembre de 1994, documentos que se anexan al presente memorial y de la **Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A.**, en adelante **Colsanitas**, sociedad comercial de naturaleza anónima, constituida mediante Escritura Pública No. 3815 del 10 de noviembre de 1980, otorgada en la Notaría 18 del Círculo de Bogotá, inscrita en la Cámara de Comercio de la misma ciudad el 20 de mayo de 1981 bajo el No. 100329 del Libro IX, con matrícula mercantil No. 00152408 y NIT. 860.078.828-7, debidamente autorizada para operar como tal por la Superintendencia Nacional de Salud, todo lo cual consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá que se aporta la presente, actuando en calidad de **cesionaria de los derechos de crédito** de la **Empresa Promotora de Salud Sanitas S.A. – EPS Sanitas**, tal como se expondrá con mayor precisión en los antecedentes del presente documento, por medio del presente escrito formulamos demanda demanda contra la **Nación - Ministerio de Salud y Protección Social**, mediante la **Acción Ordinaria Laboral** prevista en el capítulo XIV del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

I. PARTES DEL PROCESO

PARTE DEMANDANTE:

- **Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.**, en adelante **EPS Sanitas**, sociedad comercial de naturaleza anónima, constituida mediante Escritura Pública No. 3796 del primero de diciembre de 1994, otorgada en la Notaría 30 del Círculo de Bogotá, inscrita en la Cámara de Comercio de la misma ciudad el 16 de diciembre de 1994 siguiente, bajo el No. 474089 del Libro IX, con matrícula mercantil No. 626.289 y número de identificación tributaria NIT, No. 800.251.440-6, debidamente autorizada para operar como tal por la Superintendencia Nacional de Salud, todo lo cual consta en certificado de existencia y representación legal expedido por la citada Cámara, documento que se anexa al presente memorial.
- **Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A.**, en adelante **Colsanitas**, sociedad comercial de naturaleza anónima, constituida mediante Escritura Pública No. 3815 del 10 de noviembre de 1980, otorgada en la Notaría 18 del Círculo de Bogotá, inscrita en la Cámara de Comercio de la misma ciudad el 20 de mayo de 1981 bajo el No. 100329 del Libro IX, con matrícula mercantil No.

00152408 y NIT. 860.078.828-7, debidamente autorizada para operar como tal por la Superintendencia Nacional de Salud, todo lo cual consta en el certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá que se aporta a la presente demanda, actuando en calidad de **cesionaria de los derechos de crédito** de la **Empresa Promotora de Salud Sanitas S.A. – EPS Sanitas**, tal como se expondrá con mayor precisión en los antecedentes del presente documento.

- ❖ El pasado veinticuatro (24) y veintiocho (28) de diciembre de dos mil doce (2.012), se celebraron dos (2) contratos de **Cesión de Derechos de Crédito**, en los cuales **José Daniel Alzate Suárez**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 79.382.497, en calidad de Primer Suplente del Presidente, obrando en nombre y representación legal de la **Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A., EPS Sanitas**, legalmente constituida bajo las Leyes de la República de Colombia, todo lo que se acredita con el Certificado de Existencia y Representación Legal expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá, vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud e identificada con el Nit. 800.251.440-6 **cedió irrevocablemente a favor de la Compañía de Medicina Prepagada Colsanitas S.A.**, sociedad comercial legalmente constituida e identificada como se mencionó en el párrafo precedente, representada por **José María del Castillo**, mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No.19.248.004, en su condición de Suplente del Presidente, debidamente autorizado por la Asamblea General de Accionistas de la compañía mediante Acta No. 50 de la reunión extraordinaria celebrada del día trece (13) de diciembre de dos mil doce (2012); todos los créditos a su favor relacionados en el **Anexo No. 1** de los mencionados contratos, anexo denominado **“Cuentas por Cobrar”**, a cargo del Ministerio de Salud y de Protección Social y/o de las sociedades fiduciarias que han conformado los Consorcios Administradores de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud – **Fosyga**, por los conceptos de suministro de medicamentos, insumos, elementos y servicios médicos, quirúrgicos y asistenciales, **NO** incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, -POS-, **NO** costeados por las Unidades de Pago por Capitación - UPC-, a cargo de la Subcuenta de Compensación del **Fosyga**, como quiera que éstos fueron efectivamente atendidos y cubiertos por **EPS Sanitas** en favor de afiliados y beneficiarios suyos, en cumplimiento de fallos proferidos con ocasión de múltiples procedimientos constitucionales de acción de tutela, así como de determinaciones adoptadas por el Comité Técnico Científico de la misma Empresa.
- ❖ La suma de dinero directamente involucrada en esta demanda y que está siendo reclamada por Colsanitas, hace parte de la **cesión de derechos de crédito** que **EPS Sanitas** cedió a **Colsanitas**, y que se encuentra contenida en el Anexo No. 1 que forma parte de los mencionados contratos de cesión de derechos.

Siguiendo el derrotero trazado salta a la vista que dentro del presente litigio, COLSANITAS concurre para obtener el pago de las obligaciones que obran a su favor y que nacieron con ocasión a la cesión comentada, pero de igual forma, concurre EPS SANITAS, para obtener el reconocimiento de las obligaciones que aún siguen estando a su favor y que no fueron parte de la enunciada cesión de créditos.

PARTE DEMANDADA Y SU REPRESENTANTE:

- **La Nación – Ministerio de Salud y Protección Social**, representado legalmente por el Señor Ministro, **Doctor Alejandro Gaviria Uribe**, o quién haga sus veces, de conformidad con lo previsto en el artículo 159 del C.C.A.

MINISTERIO PÚBLICO:

Igualmente deberá concurrir al proceso el representante del Ministerio Público, en su calidad de Procurador Judicial Administrativo, ante esta Corporación, a quién deberá notificarse y dársele el traslado de ley.

II. CLASE DE PROCESO

En virtud que las controversias que se pretenden adelantar obedecen al andamiaje del Sistema de Seguridad social Integral, se trata de un proceso laboral declarativo que debe surtirse mediante el procedimiento ordinario de primera instancia, para obtener las declaraciones y condenas del caso, de conformidad con lo estipulado en el artículo 144 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

III. HECHOS Y OMISIONES

PRIMERO: EPS Sanitas en su calidad de Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo, fue constituida en Colombia en el año de 1.994, bajo los parámetros y reglas contenidos en la Ley 100 de 1.993, cubrió efectivamente el suministro o la provisión de los servicios, tratamientos, equipos y medicamentos no contemplados en el POS al momento de la prestación del servicio, o costeados por la Unidad de Pago por Capacitación, UPC, como consecuencia de órdenes judiciales de tutela o autorizaciones impartidas por el Comité Técnico Científico a favor de los usuarios que se relacionan en la base de datos anexa. Base de Datos que contiene información detallada sobre las solicitudes de recobro presentadas en su momento por EPS Sanitas.

SEGUNDO: El Sistema de Salud fue creado bajo los postulados de la Ley 100 de 1.993, el cual previó un sistema de aseguramiento con la participación del sector privado y fue definido conforme al esquema de coberturas explícitas o de planes de servicios taxativamente incorporados en el POS de acuerdo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) que debía fijarse año tras año, atendiendo a factores **como el perfil epidemiológico de la población relevante, los riesgos a cubrir y el costo de la prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.**

TERCERO: La Unidad de Pago por Capacitación (UPC) representa el gasto promedio esperado por cada afiliado durante el año, de acuerdo con los servicios que se encuentran incluidos dentro del Plan de Beneficios, con el fin de asegurar el equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

CUARTO: Con el transcurso del tiempo este presupuesto varió como resultado de los fallos proferidos por la Corte Constitucional y de las resoluciones y conceptos emitidos por diferentes autoridades públicas, y dichos mandatos constitucionales, legales y jurisprudenciales dieron paso a la obertura de servicios NO POS por parte de las EPS y les otorgaron para el efecto el derecho al recobro, como una forma de mantener el equilibrio económico financiero de la actividad delegada por el Estado a la EPS.

QUINTO: EPS Sanitas cubrió efectivamente el suministro o la provisión de los medicamentos, insumos, procedimientos y servicios acá reclamados no contemplados en el POS ni costeados en la UPC, como consecuencia de órdenes judiciales de tutela o autorizaciones impartidas por el Comité Técnico Científico a favor de los usuarios que se relacionan en la base de datos anexa.

SEXTO: EPS Sanitas autorizó el cubrimiento económico y el suministro de los medicamentos, insumos, procedimientos y/o servicios NO POS, con alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS de su red de prestadores para cumplir tales órdenes y autorizaciones, o autorizó al prestador ordenado por el juez.

SEPTIMO: Una vez suministrados estos servicios, las IPS autorizadas radicaron ante **EPS Sanitas** las correspondientes facturas de venta de servicios, acompañadas de los soportes que acreditaban la efectiva prestación del servicio, para efectos de su cancelación.

OCTAVO: EPS Sanitas pagó efectivamente a las IPS autorizadas las facturas de venta, y procedió a radicar las correspondientes solicitudes de recobro ante el Consorcio administrador del Fosyga en representación del Ministerio de Salud y Protección Social.

NOVENO: La radicación se realizó mediante el diligenciamiento de los formatos de radicación de solicitudes establecidos por el entonces Ministerio de la Protección Social para el efecto: (i) MYT 01 (Formato de solicitud de recobro, autorizadas por los Comités Técnico Científicos, CTC) y (ii) MYT 02, formato de solicitud de recobro por concepto de medicamentos **No POS** ordenados por fallos de tutela.

DECIMO: Con arreglo a dichos formatos, en su momento EPS Sanitas presentó al Consorcio administrador en representación del Ministerio de Salud y Protección Social las **dieciséis (16)**, solicitudes de recobro, junto con los correspondientes soportes, por concepto del suministro o la provisión de los medicamentos, insumos, procedimientos y servicios **NO POS**, efectivamente provistos a usuarios suyos de tiempo atrás.

DECIMO PRIMERO: EPS Sanitas reelaboró las solicitudes de recobro, previa corrección de los defectos o de las insuficiencias que habían motivado las glosas y/o la acreditación de las fallas en que habría incurrido la auditoría al rechazar las solicitudes.

DECIMO SEGUNDO: Esta nueva radicación se efectuó mediante el diligenciamiento del **Formato MYT 04**, establecido por el entonces Ministerio de la Protección Social para presentar objeciones a la auditoría ya realizada.

DÉCIMO TERCERO: Ninguna de estas solicitudes fue aprobada, ni ordenado el pago de su correspondiente importe.

DECIMO CUARTO: El Ministerio de Salud y Protección Social, representado por el Consorcio Administrador del Fosyga las glosó con fundamento en las siguientes causales:

"(i) 1-03: Los valores objeto de recobro ya fueron pagados por el Fosyga, o (ii) 4:03: Como consecuencia del acta de CTC o del fallo de tutela se incluyeron prestaciones contenidas en los planes de beneficios y (iii) 1-08 Cuando las prestaciones objeto de recobro hayan sido recobradas y pagadas con anterioridad por el Fosyga".

DÉCIMO QUINTO: El mismo Consorcio Administrador, informó a EPS SANITAS S.A., el resultado de la auditoría mediante la comunicación que se relaciona a continuación:

Paquete	Oficio	Fecha		
		Oficio	Recibido EPS	Autorización pago
MYT-04021303	MYT-04021303	01/08/2013	02/08/2013	01/08/2013
MYT-04462011	GRC-MYT-162-12	11/01/2012	17/01/2012	11/01/2012
MYT-04472011	GRC-MYT-1916-12	09/08/2012	21/08/2012	09/08/2012
MYT-04502011	GRC-MYT-226-12	13/01/2012	19/01/2012	13/01/2012
0712	UNTF-OPE-569	22/10/2012	23/10/2012	22/10/2012

1011	UNTF-COM-064	13/06/2012	14/06/2012	13/06/2012
1111	UNTF-OPE-099	21/06/2012	22/06/2012	21/06/2012

DÉCIMO SEXTO: De igual manera de las **dieciséis (16)** solicitudes de recobro, **ocho (8)** fueron ratificadas a través del MYT 04.

DECIMO SEPTIMO: De las **dieciséis (16)** presentadas, **cinco (5)** no se encuentran en poder de la entidades demandantes, toda vez que los mismos fueron objeto de pagos parciales, en consecuencia, los archivos físicos relacionados con esos recobros y sus soportes administrativos reposan en la entidad demandada- Nación- Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con las Resoluciones 3099 de 2008 y 2064 de 2011, en sus artículo 18 y 1º, respectivamente.

DÉCIMO OCTAVO: Como consecuencia de la negativa del Consorcio administrador del Fosyga a cancelar las cuentas presentadas para recobro materia de la presente demanda, se puso fin a la actuación administrativa correspondiente.

DÉCIMO NOVENO: El valor glosado por este concepto asciende a la suma de **QUINIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS CINCO PESOS MONEDA LEGAL (\$541.420.505)**.

VIGÉSIMO: Hasta la fecha, **EPS Sanitas y Colsanitas**, se han visto en la imposibilidad de recuperar por vía administrativa las erogaciones en que incurrió inicialmente la primera para cumplir las órdenes de tutela o las autorizaciones del CTC, por los conceptos de que trata la presente acción, los cuales corresponden a prestaciones excluidas del plan obligatorio de salud del régimen contributivo.

VIGÉSIMO PRIMERO: **EPS Sanitas** en su momento, agotó el procedimiento administrativo previsto y ordenado en la ley para cada recobro, tal y como se evidencia en la relación contenida en las bases de datos que se acompañan como referente y facilitador para la interpretación de las pretensiones de la presente demanda, en las que se consignan debidamente identificadas y clasificadas las solicitudes de recobro.

VIGÉSIMO SEGUNDO: En la misma base de datos se relaciona la información correspondiente a cada uno de los recobros, de acuerdo con el siguiente detalle:

- 22.1. **No. de radicado Fosyga (MYT 01 o 02):** Es el número que el consorcio Administrador asignó a cada recobro, en la oportunidad de radicación.
- 22.2. **No. Consecutivo interno-recobro:** Número mediante el cual la **EPS** identifica los recobros radicados para pago ante el Fosyga.
- 22.3. **Número de Ítem:** Número mediante el cual se identifica el servicio, equipo, insumo, medicamento o procedimiento en la facturación.
- 22.4. **Clasificación del servicio prestado:** tratamiento, medicamento, insumo o procedimiento practicado o equipo o insumo efectivamente proporcionado o implantado: Equivale a la denominación del procedimiento, insumo, prestación o servicio NO POS efectivamente otorgado al usuario y que es materia de la presente.
- 22.5. **Valor de recobro:** Monto del equipo, insumo, tratamiento, medicamento o servicio No POS suministrado o prestado, respecto del cual la **EPS** solicita reconocimiento al Consorcio Administrador.

- 22.6. **Fecha de Prestación:** Aquella en la cual la IPS prestó efectivamente el servicio o suministró el equipo o insumo, o practicó el tratamiento NO POS al usuario.
- 22.7. **No. de factura:** Corresponde al número de identificación de la factura radicada por la IPS en la EPS, efectivamente cubierta por esta última.
- 22.8. **Nombre del Prestador:** Institución Prestadora del Servicio de Salud (IPS), que prestó el servicio, suministró el equipo o insumo, o practicó el tratamiento o el procedimiento al usuario.
- 22.9. **Nit:** Número de identificación tributaria de la IPS
- 22.10. **Fecha de radicación ante el Fosyga del formulario (MYT 01 o 02),** junto con sus soportes: corresponde a la fecha de la primera radicación del recobro por la **EPS** ante el Fosyga, para su pago, bajo los formatos (i) MYT 01: para autorizaciones del CTC y (ii) MYT 02: Para órdenes de tutela.
- 22.11. **No. de paquete (MYT 01 o 02):** El paquete es la agrupación de todas las cuentas que se radican ante el Fosyga. El número que lo identifica hace referencia al mes y al año en el cual se lleva a cabo la radicación. Ejemplo: 0110, en donde 01 corresponde al mes de enero y 10 al año de radicación, esto es 2010.
- 22.12. **Fecha notificación de la glosa (MYT 01 o 02):** La glosa es la causal que el Consorcio Administrador invoca para negar el reembolso de los recobros radicados por la **EPS**. La fecha de notificación corresponde a la del comunicado del Consorcio a la **EPS**, para informar la decisión adoptada y remitir los medios magnéticos de las distintas cuentas y de las causales invocadas para negar su cancelación.
- 22.13. **Causal de Glosa:** Motivación que dio lugar a la negativa de reconocimiento y pago del recobro presentado por la EPS.
- 22.14. **Autoridad Judicial:** (En cinco columnas: **identificación del despacho, autoridad judicial, ciudad, contenido del fallo y fecha del fallo**).
- 22.15. **Nombre del Usuario:** persona a quién se suministró el servicio y/o insumo recobrado. (En cuatro columnas se identifican los nombres y apellidos del usuario).
- 22.16. **Tipo de documento:** Registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía o extranjería y pasaporte.
- 22.17. **Número de identificación:** Número del documento que porta el usuario.
- 22.18. **Información CTC:** (En dos columnas se relaciona: **Número de Acta y Fecha de Acta de CTC**)
- 22.19. **Fecha de radicación objeción ante el Fosyga (MYT 04):** A partir de la Resolución 2933 de 2006, las EPS cuentan con un mecanismo que les permite objetar por una sola vez el motivo de la glosa, mediante el diligenciamiento del formato denominado MYT 04. La fecha allí indicada corresponde a la de radicación de este formato ante el Consorcio.
- 22.20. **Estado del recobro:** Precisa si el recobro reclamado fue objeto de pago parcial y en consecuencia, los archivos físicos relacionados con ese recobro y sus soportes administrativos reposan en la entidad convocada - Nación- Ministerio de Salud y Protección Social, de

conformidad con las Resoluciones 3099 de 2008 y 2064 de 2011, en sus artículo 18 y 1º, respectivamente.

VIGÉSIMO TERCERO: Teniendo en cuenta que en su momento **EPS Sanitas** agotó el trámite administrativo frente a cada recobro sin obtener el pago efectivo o la devolución de los dineros ya cancelados por la demandante a las diferentes IPS, **EPS Sanitas y Colsanitas**, acudieron ante la Procuraduría General de la Nación para surtir el trámite del agotamiento del requisito de procedibilidad conforme lo dispuesto por la Ley 640 de 2.001, y específicamente en materia contencioso administrativa por el artículo 13 de la Ley 1285 de 2.009, así:

- El día veintiuno (21) de enero de 2014, la Procuraduría 138 Judicial II para Asuntos Administrativos expidió Acta-Constancia, mediante la cual se certifica el agotamiento del requisito de procedibilidad en el asunto de la referencia.

VIGÉSIMO CUARTO: De igual manera, el seis (06) de junio de la presente anualidad y con motivo de la remisión del proceso a la jurisdicción ordinaria, EPS Sanitas y Colsanitas a través del suscrito, remitió reclamación administrativa contentiva de estas pretensiones con destino al Ministerio de la Protección Social y para el efecto le correspondió el radicado: 201433100956911, tal y como consta en el documento que se aporta en original en ocho (8) folios, con este escrito.

IV. PRETENSIONES

Pretendo que previa tramitación del referido proceso ordinario, en primera instancia se profiera por ese juzgado sentencia a través de la cual:

PRIMERA: Declare la existencia de una obligación a pagar por parte de los aquí demandados y a favor de **EPS SANITAS S.A y COLSANITAS S.A.**, por la suma de **QUINIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS CINCO PESOS MONEDA LEGAL (\$541.420.505)**, por concepto de la cobertura y suministro efectivo de **procedimientos, servicios o Medicamentos**, NO incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS, o no costeados por las Unidades de Pago por Capitación – UPC que el Sistema General de Seguridad Social en Salud le reconoce mensualmente por cada afiliado y beneficiario, de manera que están a cargo de la Subcuenta de Compensación del FOSYGA, servicios efectivamente cubiertos por la EPS Sanitas en favor de afiliados y beneficiarios suyos, de tiempo atrás. Correspondiente a las **dieciséis (16)**, solicitudes de recobro, discriminada así:

- **Colsanitas (en calidad de cesionaria):** CIENTO DIECISÉIS MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS MONEDA LEGAL (\$116.708.215).
- **EPS Sanitas:** CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS NOVENTA PESOS MONEDA LEGAL (\$424.712.290).

SEGUNDA: Como consecuencia de la Declaración contenida en la pretensión primera se ordene a los aquí de mandados a pagar a favor de EPS Sanitas S.A. y a COLSANITAS S.A., la suma de **CINCUENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL CINCUENTA PESOS MONEDA LEGAL (\$54.142.050)**, por concepto de los **gastos administrativos** inherentes a la gestión y al manejo de las prestaciones excluidas del POS objeto de la presente demanda, efectivamente suministrados a sus usuarios, monto que equivale al diez por ciento (10%) del valor de las mismas, aplicando por analogía el porcentaje del gasto administrativo admitido para las Administradoras de Riesgos Profesionales ARP. La mencionada suma se discrimina así:

- **COLSANITAS (en calidad de cesionaria):** ONCE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTIÚN PESOS MONEDA LEGAL (\$11.670.821).
- **EPS SANITAS:** CUARENTA Y DOS MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTINUEVE PESOS MONEDA LEGAL (\$42.471.229).

TERCERA: Como consecuencia de la Declaración contenida en la pretensión primera, declare la existencia de una obligación a pagar por parte de los aquí demandados y a favor de E.P.S. Sanitas S.A. y A COLSANITAS S.A., a título de **intereses**, sobre el monto de que trata la pretensión anterior, liquidados entre la fecha de exigibilidad del respectivo concepto de recobro y la de pago efectivo de su importe, a la tasa máxima de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la DIAN, conforme al artículo 4 del Decreto 1281 de 2002.

CUARTA: Condene a las entidades demandadas a reconocer y pagar la sumas descritas en los numerales primero y segundo de las pretensiones.

QUINTA: Que las sumas reconocidas y cuyo pago a favor de **EPS SANITAS S.A. y COLSANITAS S.A.**, sea ordenado por ese juzgado, sean actualizadas conforme a la variación del índice de precios al consumidor (IPC), desde la fecha en que se venció el plazo para efectuar su pago hasta el día en que efectivamente éstas sean recibidas por la demandante.

SEXTA: Condene a las demandadas al pago de costas y agencias en derecho.

V. FUNDAMENTOS DE DERECHO DE LA DEMANDA

- Resolución 5061 de 1997: Reglamentó los Comités Técnico Científicos dentro de las EPS, ARS e IPS.
- Acuerdo 83 de 1997: Estableció el Manual de medicamentos incluidos en el POS.
- Resolución No. 2312 de 1.998: Reglamentó el recobro de medicamentos autorizados por los CTC de las EPS, ARS y entidades adaptadas.
- Resolución 2948 de 2.003: Señaló parámetros para la autorización y recobro ante el FOSYGA de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de CNSSS autorizados por el Comité Técnico Científico.
- Resolución 2949 de 2.003: Estableció el procedimiento de recobro ante el FOSYGA por concepto de prestaciones ordenadas por Fallo de Tutela y determinó los documentos que se debía anexar como soporte a las solicitudes de pago.
- Resolución 3797 de 2.004: Reglamentó el procedimiento de recobro ante el FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de Fallos de Tutela.
- Resolución 087 de 2004: Concede plazo para la conformación de los Comités Técnico Científicos al interior de las EPS, ARS e IPS.
- Resolución 2366 de 2005: Reglamentó parcialmente la R. 3797 de 2004 en cuanto a las causales de aprobación condicionada, devolución y pago de las solicitudes de recobro.

- Resolución 3615 de 2005
Adoptó formatos para la presentación de las solicitudes de recobro.
- Resolución 4568 de 2.005:
Autorizó un procedimiento excepcional para la revisión de la auditoria de las solicitudes de recobro presentadas ante el FOSYGA, por concepto de medicamentos No POS ordenados por fallos de tutela o autorizados por el CTC durante el periodo comprendido entre el 20 de diciembre de 2.002 y el 20 de noviembre de 2.004 y que registraran como causal única de glosa haberse presentado en forma extemporánea.
- Resolución 3099 de 2.008:
Estableció el procedimiento de recobro ante el FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela.
- Resolución 3754 de 2.008:
Modificó parcialmente la Resolución No 3099 de 2.008, con el fin de dar cabal cumplimiento a la Sentencia T- 760 de 2.008
- Resolución 3977 de 2.008:
Autorizó un periodo excepcional comprendido entre el 21 y el 24 de Octubre de 2.008, para la radicación de las solicitudes de recobro ante el FOSYGA, por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el POS, autorizados por Comité Técnico Científico y por Fallos de Tutela.
- Resolución 5033 de 2.008:
Modificó parcialmente la Resolución No 3754 de 2.008 y derogó unas disposiciones. Allí concedió un plazo especial para radicar recobros de tutelas que en la parte resolutive no otorgaban esta posibilidad.
- Resolución 1099 de 2.009:
Modificó el párrafo del artículo 12 de la Resolución 3099 de 2.008 adicionado por el artículo 3o de la Resolución 3754 de 2.008, modificado por el artículo 1o de la Resolución 5033 de 2.008 y en consecuencia amplió el plazo allí establecido.
- Resolución 4377 de 2010
Modificó las Resoluciones 3099 y 3754 e incluyó disposiciones relacionadas principalmente con el recobro de medicamentos.
- Resolución 1089 de 2010
Modificó las resoluciones anteriores en materia de recobros, adicionó causales de devolución de las solicitudes de recobro e incluyó disposiciones aplicables a partir de junio de 2011.
- Resolución 2064 de 2011
Modificó y adicionó las resoluciones anteriores en materia de recobros e incluyó disposiciones aplicables a partir de junio de 2011.
- Resolución 2256 de 2011
Introdujo un párrafo transitorio al artículo 14 de la Resolución 3099 de 2008, y autorizó un período excepcional de radicación de las solicitudes de recobro ante el Fosyga,
- Resolución 4752 de 2011
Por la cual se modificó la Resolución 3099 de 2008, y se efectuaron modificaciones respecto a los requisitos de

- Resolución 1383 de 2011
admisión de las solicitudes de recobros, así como las causales de glosa.
Por la Cual el Ministerio de la Protección social Modificó el Artículo 6° de la Resolución 1089 de 2011, en el sentido de establecer el plazo a partir del cual las causales de devolución se harían aplicables, esto es, a partir del 1° de enero de 2012, y consecuentemente, el plazo para la aplicación de su correspondiente glosa.
- Resolución 20 de 2011
Por la cual se modificó la Resolución 1089 de 2011, modificada a su vez por la Resolución 1383 de 2011.
- Decreto 0019 de 2012
Por el cual se dictaron normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.
- Resolución 000782 de 2012
Por la cual se adicionó la Resolución número 3099 de 2008, modificada en lo pertinente por las Resoluciones números 3754 de 2008, 4377 de 2010 y 1089 de 2011
- Resolución 1701 de 2012
Por la cual se derogó parcialmente la Resolución 1089 de 2011, modificada por las Resoluciones 1383 y 20 de 2011.
- Ley 1608 de 2013
Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.
- Resolución 458 de 2013
Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 347 de 2013
Por el cual se reglamenta el inciso 4° del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013.
- Resolución 832 de 2013
Por la cual se definen los términos, requisitos, formatos, periodos de radicación y criterios de evaluación de los recobros y reclamaciones de que trata el Decreto 347 de 2013.

VI. RAZONES DE DERECHO

Derecho de las EPS a realizar el recobro de servicios NO POS ordenados mediante Fallo de Tutela o autorizados por el Comité Técnico Científico.

El Plan Obligatorio de Salud, se debe financiar mediante la Unidad de Pago por Capitación- UPC, la cual de conformidad con la Ley 100 de 1993, debe atender el perfil epidemiológico de la población, los riesgos a cubrir y los costos de la prestación del servicio. Lo anterior con el fin de preservar el equilibrio del sistema, de allí que dicha unidad deba atender variables económicas que hagan viable la operación mediante una asignación de recursos eficiente, de lo contrario, su insuficiencia da lugar a una UPC deficitaria, lo cual deriva en una afectación tanto para el Sistema como para sus afiliados.

En ese sentido, el H. Consejo de Estado a través del Consejero Ponente: Rafael E. Ostau de Lafont Pianeta, el dieciocho (18) de junio de dos mil nueve (2009), mediante pronunciamiento realizado en el marco de los procesos Radicación bajo los números 11001 0325000 2004 00139 01 y 11001 0325000 2004 00175 01 (Acumulados), señaló:

" (...) La Unidad de Pago por Capitación refleja el costo de los servicios administrativos a cargo de las EPS y los costos que conlleva la prestación del servicio de salud en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. Uno de los presupuestos basilares del régimen jurídico de la seguridad social en salud está representado por el principio de eficiencia, lo cual explica que el Sistema no admita la existencia de desequilibrios económicos que puedan poner en riesgo la prestación y la continuidad de los servicios de salud, en términos de universalidad, oportunidad y calidad (...).

El presente medio de control se enmarca en el contexto del sistema de autorizaciones para la cobertura de medicamentos excluidos o no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS, cuyo cubrimiento de su importe por parte de las Entidades Promotoras de Salud, se realiza con cargo al **Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga.**

Para el efecto y con el fin de viabilizar, y optimizar la eficacia de la prestación del servicio, y preservar el equilibrio del Sistema, el Tribunal Superior de Bogotá, mediante sentencia SU-480 de fecha veinticinco (25) de septiembre de mil novecientos noventa y siete (1997), Magistrado Ponente: Doctor Alejandro Martínez Caballero, precisó:

(..) La E.P.S. sólo tiene obligación de lo especificado, el Estado le delegó dentro de reglas puntuales, luego, si se va más allá de lo reglado, es justo que el medicamento dado para salvar la vida sea sufragado, mediante repetición, por el Estado. Además, tratándose del sida, el artículo 165 de la ley 100 de 1993 (transcrito anteriormente) la incluye dentro del plan de atención básico. Pero de donde saldrá el dinero? Ya se dijo que hay un Fondo de Solidaridad y garantía, inspirado previamente en el principio constitucional el de la SOLIDARIDAD, luego a él habrá que acudir. Pero como ese Fondo tiene varias subcuentas, lo más prudente es que sea la subcuenta de "promoción de la salud" (art. 222 de la ley 100 de 1993). Además, la repetición se debe tramitar con base en el principio de CELERIDAD, ya que la información debe estar computarizada, luego, si hay cruce de cuentas, éste no constituye razón para la demora, sino que, por el contrario, la acreencia debe cancelarse lo más rápido (...).

Así las cosas, el ordenamiento superior establece dos (2) mecanismos principales para que los afiliados al Régimen Contributivo accedan a los servicios cuya cobertura no está a cargo de las EPS: (i) La acción de tutela y (ii) la autorización por los Comités Técnico Científicos, CTC.

Al respecto, se tiene lo establecido en la Resolución No. 3099 del 19 de agosto de 2.008, expedida por el Ministerio de la Protección Social, por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela, refiere que:

"Artículo 4º. Funciones. El Comité Técnico Científico tendrá las siguientes funciones:

1. Evaluar, aprobar o desaprobar las prescripciones u órdenes médicas presentadas por los médicos tratantes de los afiliados, de los medicamentos y demás servicios médicos y prestaciones de salud por fuera del Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud como en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud manual listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud (POS).

2. Justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.

3. Realizar y remitir al Ministerio, informes trimestrales de los casos autorizados y Negados". (Negrilla fuera del texto original).

Tan es así, que por mandato legal el recobro ante al Ministerio de Salud y Protección Social a través del FOSYGA, administrado hasta la fecha por distintos consorcios fiduciarios, los dos últimos el Consorcio Fidufosyga 2005 y el Consorcio SAYP 2011, se origina en fallos de tutela o en autorizaciones emitidas por el Comité Técnico Científico.

De tal forma que la jurisprudencia constitucional, como el ordenamiento sobre la materia y la regulación del **Ministerio de Salud y Protección Social**, han reconocido a las **Empresas Promotoras de Salud, EPS** del Régimen Contributivo la facultad de acudir ante la **Subcuenta de Compensación** del citado **Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga**, del **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**, para recobrar los valores efectivamente sufragados por dichas Empresas, por concepto de las prestaciones asistenciales que **NO** les corresponde cubrir.

El derecho que EPS Sanitas y Colsanitas pretenden hacer efectivo mediante la presente acción ha sido considerado como garantía amparada constitucionalmente y de la que son titulares las Empresas Promotoras de Salud, EPS, por concepto de los costos y gastos en los que son obligadas a incurrir para la atención de la salud de sus afiliados y beneficiarios, por prestaciones médico asistenciales o medicamentos que **NO** se encuentran financiados con los recursos provenientes de las denominadas Unidades de Pago por Capitación, UPC, con las que dichas empresas sufragan la atención en salud de aquellos.

En ese sentido, la Honorable Corte Constitucional, a través de la Sentencia Hito T-760 de 2008, sostuvo:

(...) 2.2.5.1. *Cuando una persona requiere un servicio de salud que no se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Servicios, y carece de recursos para cubrir el costo del mismo que le corresponda asumir, las entidades encargadas de asegurar la prestación del servicio (EPS) deben cumplir con su responsabilidad y, en consecuencia, asegurar el acceso a éste. **No obstante, es el Estado quien ha de asumir el costo del servicio, por cuanto le corresponde la obligación de garantizar el goce efectivo del derecho. En tal sentido, la jurisprudencia constitucional y la regulación han reconocido a la entidad aseguradora el derecho de repetir contra el Estado (ver secciones 4.4. y 6.2.), a través del Fosyga. El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del servicio.** En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, unidad de pago por capitación), su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad. **Al ser las entidades encargadas de garantizar la prestación del servicio (EPS), o incluso las instituciones prestadoras de salud (IPS), las que suelen asumir los costos de la demora de los pagos de los recobros, se genera además, una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios de servicios no contemplados en el POS.** Así pues, en la medida que la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, no incluidos dentro de los planes de servicio, obstaculiza el acceso a dichos servicios. Con relación al cumplimiento oportuno de los*

fallos de tutela y al derecho al recobro de servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios ante el Fosyga, se plantean, a su vez, tres conjuntos de órdenes.(...)."

Por lo anterior y en cumplimiento de las determinaciones jurisdiccionales correspondientes, el **Ministerio de Salud y la Protección Social**, estableció el procedimiento administrativo aplicable a los recobros, para la efectividad del derecho de las EPS al reconocimiento y reembolso efectivo de los costos en que incurran por el suministro de medicamentos, servicios, insumos y procedimientos no POS a sus afiliados y beneficiarios, como consecuencia del acatamiento de órdenes judiciales de tutela y de autorizaciones impartidas por los Comités Técnicos Científicos, CTC, en los casos en que el ordenamiento superior somete a este requisito la atención médica de aquellos.

Dicho procedimiento de recobro se lleva a cabo ante el **Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga**, creado como una cuenta especial adscrita al **Ministerio de Salud y Protección Social**, sin personería jurídica ni estructura administrativa, que se maneja por encargo fiduciario y cuyos recursos se destinan a la inversión en salud, bajo criterios de distribución y utilización fijados por el entonces Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, posteriormente la Comisión de Regulación en Salud- CRES, de conformidad con los artículos 218 de la Ley 100 de 1993, 1 del Decreto Reglamentario 1283 de 1996 y Ley 1122 de 2007. Actualmente, se trata de una entidad liquidada del Ministerio de Salud y Protección Social.

La dirección y el control integral del **FOSYGA** se encuentran a cargo y bajo responsabilidad del **Ministerio de Salud y Protección Social**, que contrató su administración con: (i) el **Consorcio Fidufosyga 2005**, integrado por las sociedades Fiducolombia S.A., hoy Fiduciaria Bancolombia, Fiduprevisora S.A., Fiduagraria S.A., Fiducaf  S.A., Fidubogotá S.A., Fiduoccidente S.A., Fiduciaria Popular S.A., Fiducomercio S.A., y Fiducoldex S.A. Para el efecto, las relaciones entre contratante y contratista estaban regidas por el Contrato de Encargo Fiduciario No. 0242 de 2005, cuya ejecución inició el 15 de diciembre de ese año.

A partir del primero (1º) de octubre de dos mil once (2011), el Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA, es administrado por: (ii) El **Consorcio Sayp-2011**, el cual está integrado por las sociedades fiduciarias **Fiduprevisora S.A.** y la **Fiduciaria de Comercio Exterior S.A.- Fiducoldex**, y la auditoría integral se encuentra a cargo de la **Unión Temporal Nuevo Fosyga**.

Las relaciones entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Consorcio Sayp-2011, están regidas por el Contrato de Encargo Fiduciario No. 467 del 29 de septiembre de 2011, mientras que la relación entre el mismo Ministerio y la Unión Temporal Nuevo Fosyga., lo está por el Contrato No. 055 de 2011.

Por su parte, el funcionamiento del **Fosyga** está regulado por el Decreto Ley 1281 de 2001 y los decretos ordinarios 1283 de 1996, 50 de 2003, 2280 y 3260 de 2004.

Dicho Fondo está organizado en cuatro (4) subcuentas, así:

- Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidiado
- Subcuenta de Promoción de la Salud
- Subcuenta de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), y
- **Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo**

A través de esta última Subcuenta se lleva a cabo el proceso de compensación interna de las Empresas

Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, que reciben el total de las cotizaciones de los afiliados al **Régimen Contributivo**, es decir, de las personas con capacidad de pago, para financiar el valor de las Unidades de Pago por Capitación, UPC, que le corresponden a cada EPS o entidad obligada a compensar, EOC, por afiliado y beneficiario. Con estos recursos, tales Empresas y Entidades deben atender a la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y beneficiarios del citado Régimen Contributivo, *con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud*, así como reconocer las prestaciones económicas en su favor, inherentes al mismo, de acuerdo con lo dispuesto por la ley.

Los servicios, los procedimientos, las medicinas y los demás tratamientos asistenciales que NO se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, y cuya provisión haya sido impuesta a la Empresa Promotora o a la Entidad Obligated por fallos de tutela o por determinaciones del Comité Técnico Científico, no son financiados con los recursos provenientes de las Unidades de Pago por Capitación, UPC, de manera que deben ser recobrados al **Fosyga**, por cuanto su provisión es obligatoria, en cumplimiento de fallos de tutela o de autorizaciones de los referidos Comités, cuando tal provisión esté sometida por el régimen jurídico a este requisito.

Para acatar la orden impartida por la Corte Constitucional, el **Ministerio de Salud y Protección Social** expidió la Resolución 2948 de 2003, ya mencionada, que reguló el procedimiento aplicable a los recobros ante el **Fosyga**, en ejercicio del derecho de que son titulares las EPS para repetir contra el Estado, en procura del reembolso de los costos y gastos correspondientes a esta última provisión, a fin de restablecer el equilibrio económico entre compromisos y derechos, en esos precisos eventos en que estas empresas asumen la cobertura de prestaciones adicionales a las que se encuentran en el POS.

Según dicho procedimiento, en concordancia con el ordenamiento superior, las solicitudes de recobro deben ser atendidas también contra la mencionada **Subcuenta de Compensación**.

Tal procedimiento de recobro ha sido materia de sucesivos ajustes y sus disposiciones gobiernan las actuaciones de la **demandada** para efectos del estudio, trámite, resolución y pago de los recobros.

A pesar de los significativos avances de sus disposiciones en la regulación, racionalización, precisión, simplificación y agilización de los recobros, ni las reglas adoptadas, ni el procedimiento dispuesto, pero, sobre todo, la conducta y actuaciones de la **demandada** en su aplicación, han conducido a hacer efectivo en términos cualitativos, cuantitativos y de oportunidad este derecho indiscutible de las EPS, circunstancia que, unida a las deficiencias en la formulación del Plan Obligatorio de Salud, POS, en su contenido y en la suficiencia de las Unidades de Pago por Capitación, UPC para cubrirlo, han comprometido severa y gravemente las finanzas de estas Entidades; las han colocado en situación de verdadero riesgo de insolvencia, y las han forzado a realizar significativas capitalizaciones, entre otras razones, por orden de la Superintendencia Nacional de Salud, que les impone índices y reservas cuantiosas para provisionar obligaciones que en realidad están a cargo del Estado, **Fosyga**, pues están compelidas a emplear recursos propios para la prestación de unos servicios de salud a sus usuarios NO compensados por tales Unidades, y que o no llegan a recuperar o lo hacen mucho tiempo después, al punto que ha llegado a comprometerse severamente la propia sostenibilidad y viabilidad del Sistema de Salud.

Según esta regulación, actualmente el procedimiento de recobro puede sintetizarse de la siguiente manera:

- El usuario acude a su médico tratante, quien le prescribe un medicamento, insumo, tratamiento o servicio médico que no está incluido en el Plan de Beneficios del POS, o para cuya práctica o suministro no reúne el período mínimo de cotización exigido.
- En razón de cualquiera de estas circunstancias, la EPS a la que se encuentra afiliado o de la cual es beneficiario no está obligada a proveer, practicar o prestar el medicamento, insumo, tratamiento o

servicio de que se trate.

- Con arreglo a la normatividad y a la jurisprudencia vigente en materia de Salud, este usuario puede solicitar por vía administrativa autorización del Comité Técnico Científico, CTC u optar por la vía judicial, en ejercicio de la Acción de Tutela.
- Como resultado de una u otra podrá generarse o bien una autorización del Comité para cumplir la prescripción del médico, o bien una orden judicial que la imponga.
- En cumplimiento de una u otra, la EPS debe impartir orden de servicio a una institución prestadora de salud, IPS de su red, u orden de suministro de medicamento o insumo médico a uno de sus proveedores.
- Provisto el servicio, suministrado el medicamento o insumo, o practicado el tratamiento, la IPS o el proveedor respectivo los facturan a la EPS, que debe cancelarlos con recursos propios, en plazo no superior a un (1) mes, como lo dispone en la actualidad el Decreto 4747 de 2007, o en los términos de la normativa anterior a la expedición de la Ley 1122 de 2007.
- Recibidas y canceladas integralmente las facturas de los prestadores, procede el recobro de su importe con cargo a la **Subcuenta de Compensación del Fosyga**, para cuyo efecto deben diligenciarse formatos especiales, y acompañarse la documentación completa que soporte la solicitud de recobro, conforme a las resoluciones 3099 y 3754 de 2008.
- Cumplidos todos los requisitos legales, la solicitud de recobro se radica ante el **Consortio Administrador del Fosyga**, dentro de los primeros quince (15) días de cada mes y en plazo que no puede ser superior a seis (6) meses, contados a partir de la fecha de recibo de las facturas de la IPS o del correspondiente proveedor, en su caso, toda vez que, según lo ha reconocido la Jurisprudencia de la Corte Constitucional, solamente entonces la EPS está en capacidad de acreditar la orden correspondiente ante el **Consortio**.
- Este último dispone de dos (2) meses para informar a la EPS el resultado de la revisión y trámite de las solicitudes de recobro, de acuerdo con alguna de las siguientes opciones:
 - A. Aprobación y pago
 - B. Formulación de glosas
 - C. Rechazo
- Las glosas pueden: (i) ser atribuibles a la EPS, o (ii) ser imputables a errores de auditoría del **Consortio Administrador del Fosyga**.
- En cualquiera de los dos (2) eventos señalados, la EPS puede reelaborar la solicitud de recobro, previa corrección o complementación de las fallas o insuficiencias que motivaron la glosa, o acreditar la falla de la auditoría y radicar nuevamente las solicitudes de recobro glosadas, en los formatos señalados para el efecto.
- El Administrador del **Fosyga** dispone de un término perentorio de un (1) mes para dar respuesta a la objeción formulada.

No obstante, el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Consortio administrador, incumplió en forma sistemática este plazo, con el agravante de que en el noventa por ciento (90%) de los casos ratificó la glosa injustificada, porque aún hoy en día, no existe claridad acerca de las prestaciones excluidas del POS.

Para tomar más grave la situación descrita, hasta la fecha, el ordenamiento jurídico es francamente insuficiente y contrario al principio del equilibrio económico entre obligaciones y derechos de las EPS, toda vez que no regula con precisión variables tan importantes como los gastos administrativos en que incurren las EPS para la atención de sus usuarios en los eventos de recobro, en el trámite y seguimiento de las acciones de tutela y de las solicitudes a los Comités Técnicos Científicos; los retrasos injustificados en el reconocimiento y reembolso de los pagos efectuados de tiempo atrás por aquellas, imputables a la **Nación- Ministerio de Salud y Protección Social-** a través del Consorcio Administrador del Fosyga; el costo del dinero y los consiguientes intereses generados como consecuencia del transcurso del tiempo, costos y gastos que no forman parte del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, circunstancia que hace que los recursos provenientes de las mismas resulten absolutamente insuficientes para financiar no solamente la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, POS, sino los conceptos excluidos del mismo, con graves perjuicios para la estabilidad financiera de las EPS.

Es claro que en **El Sistema de Seguridad Social en Salud no está permitido el desequilibrio económico de la relación Estado – EPS**, tal y como ha sido puesto de presente a lo largo del libelo, en consecuencia el pago del Ministerio de Salud y de la Protección Social con cargo a los recursos del Fosyga a las EPS por concepto de servicios NO POS ordenados por un Juez de Tutela o autorizados por el CTC, es una forma de restablecer la ecuación financiera de la relación Estado – EPS; toda vez que si el equilibrio de la ecuación financiera no se mantiene vigente, se daría paso a un **DAÑO ANTIJURIDICO** para EPS Sanitas.

Así las cosas, cualquier desequilibrio económico que se presente para la Entidades Promotoras de Salud en el cumplimiento de sus funciones delgadas por el Estado, se constituyen en una forma de daño antijurídico que debe ser indemnizado.

VII. FUNDAMENTOS FÁCTICOS DE LAS PRETENSIONES

Generales:

MEDICAMENTOS ANTIHEMOFÍLICOS RECOMBINANTES:

Se procede ahora a poner de presente que los medicamentos antihemofílico recombinantes son productos de tecnología reciente. Ciertamente, al revisar el proceso de autorización por el **INVIMA** del uso de los productos arriba mencionados, se pudo establecer que el Factor VIII Recombinante que se dispensa a los afiliados de EPS Sanitas contó con autorización del INVIMA para su comercialización en el año 2002, cuando ya se había fijado el valor de la UPC para ese año, de manera que los medicamentos antihemofílicos recombinantes, no pudieron haberse tenido en cuenta y ser objeto de costeo para el establecimiento de la Unidad de Pago por Capitación, UPC vigente, de manera que su costo quedara previsto en su valor.

De lo afirmado en el párrafo precedente dan cuenta las Actas Nos. 18 y 28 del 23 de septiembre y 11 de noviembre de 2008 de la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora del Invima, en las que se aceptaron los Factores Antihemofílicos VIII Recombinantes para su comercialización en el país.

Respecto de los factores hemoderivados (También conocidos como plasmáticos), que son los realmente incluidos en el POS, cabe precisar que inicialmente se obtenían a partir del plasma humano. Se requieren aproximadamente ciento cincuenta (150) donantes para obtener 1.000U de factor antihemofílico, que, además, debe ser sometido a procesos de fraccionamiento, purificación e inactivación viral. Sin embargo, al haberse descrito en la literatura científica la ocurrencia de contaminación con virus de inmunodeficiencia

humana (VIH), hepatitis A (VHA) y hepatitis C (VHC), la investigación se orientó a buscar nuevas fuentes para obtener estos productos, lo que llevó al desarrollo de los denominados factores recombinantes.

Estos factores se obtienen a partir células de ovario de hámster chino y de células de riñón de hámster, mediante procesos biotecnológicos desarrollados mediante tecnología de ADN recombinante, por proceso de cultivo celular (se introduce a la célula el gen humano del factor VIII y IX), purificación o formulación final, lo que elimina la necesidad de procesos extensivos de purificación, por la ausencia de riesgo de contaminación viral.

Resulta claro que un elemento farmacéutico que se produce mediante biotecnología de purificación de factores de coagulación, resultado de aplicar procedimientos de ingeniería genética, como los antihemofílicos Recombinantes, constituye técnica diametralmente distinta de la plasmática. Esta circunstancia, unida al hecho de que tanto el Código ATC como el costo de los factores Recombinantes y los Plasmáticos son muy diferentes, hace perfectamente procedente concluir que solo las alternativas existentes en el mercado en año 2002 cuando se definieron los medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS, se encuentran incorporadas en éste, al punto que para EPS Sanitas se ajusta a derecho solicitar el recobro de los factores antihemofílico recombinantes **FACTOR VIII, KOGENATE, BENEFIX FACTOR IX.**

Es importante anotar que los medicamentos recombinantes que se cobran a través de la presente solicitud de conciliación fueron suministrados a los pacientes entre febrero de 2010 y agosto de 2010., fechas para las cuales estaba en vigencia el acuerdo 228 de 2002 y no existía ningún concepto que pudiera determinar que se encontraban incluidos en el Pos.

Nótese que las explicaciones técnicas arriba consignadas demuestran que a pesar de las similitudes que puedan existir entre los medicamentos antihemofílico de origen plasmático y los Recombinantes, lo cierto es que dichos productos son diferenciables los unos de los otros, y por ello, bajo una apreciación de buena fe de las características de estos medicamentos, y una interpretación de buena fe de las normas que regulan el plan obligatorio de salud, se considera por parte de EPS Sanitas, que en este caso nos encontramos ante productos diferentes, y que por ello la cobertura de los medicamentos antihemofílico Factor IX y Factor VIII se limitaba a los de origen plasmático.

En este caso en concreto se manifiesta la insuficiencia de la que adolece la normativa vigente en relación con la codificación de medicamentos al interior del Sistema General de Seguridad Social en Salud, situación que tiene como efecto el que la realidad científica supere de lejos la regulación expedida por el Estado, en desmedro de la claridad y precisión que se requieren en un sistema de salud como el Colombiano, el cual se encuentra estructurado sobre un concepto de coberturas explícitas.

Conforme al esquema de coberturas explícitas o de planes de servicios taxativamente incorporados, solamente quedan cubiertos aquellos servicios, procedimientos, prestaciones, medicamentos e insumos incorporados en forma expresa o taxativa, de manera que las demás prestaciones médico asistenciales están excluidas de los mismos.

Así las cosas, la cobertura en salud que los afiliados y sus beneficiarios tienen derecho a recibir, corresponde únicamente a las prestaciones médico asistenciales y a los beneficios básicos y obligatorios contenidos taxativa y expresamente en el POS, al punto que éste tiene carácter limitado para poder preservar el equilibrio del Sistema, pues el contenido del plan de beneficios está estrechamente relacionado con los recursos existentes para su financiación.

La delimitación de la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, POS conduce necesariamente a que los derechos de los afiliados sean explícitos, al tiempo que delimita la responsabilidad de las EPS y del FOSYGA y permite a las primeras establecer los recursos disponibles y priorizar su utilización para

garantizar esa cobertura.

Evidentemente, si la regulación expedida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la CRES realmente propendieran por la claridad en el Sistema de Salud, la inclusión por ejemplo de los Factores VIII Y IX recombinante al POS se habría dado de manera explícita, no sólo a nivel de los Acuerdos que regulan el POS, sino además en el ámbito propio de la Codificación de Medicamentos.

Para explicar con mayor claridad lo arriba mencionado debemos empezar por poner de presente que mediante la Resolución 1.830 de 1.999, expedida por el entonces Ministerio de Salud, se adoptaron para Colombia las codificaciones únicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así:

“Artículo 1.- Objeto: Adoptar las codificaciones de uso común de especialidades en salud, ocupaciones, actividades económicas y medicamentos esenciales, que harán parte del Sistema Integral de Información – SIIS.

“Artículo 2.- Ámbito de Aplicación. Las codificaciones de especialidades en salud, ocupaciones, actividades económicas y medicamentos esenciales, deben ser asumidas por los organismos de dirección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las entidades promotoras de salud, las administradoras del régimen subsidiado, los prestadores de servicios de salud, todos los servicios de atención farmacéutica, las compañías de seguros que expiden el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, así como las entidades o instituciones que tienen regímenes especiales de seguridad social cualquiera sea su naturaleza.

“Artículo 3.- Utilización de la codificación. Estas codificaciones serán utilizadas en adelante por el Sistema Integral de Información del SGSSS, para codificar las especialidades en salud, ocupaciones, actividades económicas y medicamentos esenciales, en cualquiera de los componentes de información del SIIS.” (Subrayado)

En relación con los medicamentos, el artículo 7 de la misma Resolución 1.830 de 1.999 establece que dichos productos se codifican de la siguiente forma:

“Artículo 2.- Codificación y denominación de medicamentos esenciales”

Código Anatómico farmacológico	Código Administrativo			Descripción del medicamento	Unidad medida
	Principio Activo	Forma	Concén. tración		
B02B	F001	72	1	Factor antihemofílico Polvo para reconstituir No < 100 U.I de factor VIII	Fco - vial

Téngase en cuenta que para esta época la Sala Especializada de Medicamentos y Productos Biológicos de la Comisión Revisora del INVIMA no había autorizado el uso en Colombia del Factor Antihemofílico Recombinantes VIII y IX, siendo evidente entonces que dicho producto no podría considerarse codificado en el territorio nacional.

Con la expedición del Acuerdo 228 de 2.002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, “Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones”, se incorporó por primera vez al Plan Obligatorio de Salud la codificación de medicamentos, según lo ordenado en la Resolución 1.830 del 23 de junio de 1999, así:

“CONSIDERANDO

"Que es función del CNSSS actualizar los contenidos del POS (...).

"Que (...), se hace necesario modificar el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud adoptado mediante el Acuerdo 83 de 1.997.

"Que igualmente es necesario incorporar al presente Acuerdo la codificación de medicamentos según lo establecido en la Resolución 1830 del 23 de junio de 1999, por la cual se adoptaron para Colombia las codificaciones únicas de especialidades en salud, ocupaciones, actividades económicas y medicamentos esenciales para el Sistema Integral de Información del SGSSS-SIIS.

"(...).

"ACUERDA:

"Artículo 1.- Definase para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la lista de medicamentos esenciales que se enuncia a continuación:

(...)."

Código Anatómico farmacológico	Código Administrativo			Principio activo	Concentración farmacéutica
	Principio Activo	Forma	Concentración		
B02B	F001	72	1	Factor antihemofílico	No menos de 100 UI de factor VIII polvo para inyección
BO2B	F001	72	1	Factor antihemofílico	Complejo del Factor IX 250 U.I
BO2B	F001	72	2	Factor antihemofílico	Complejo del Factor IX 500 U.I
BO2B	F001	72	3	Factor antihemofílico	Complejo del Factor IX 1.000 U.I

La reseña de las normas aplicables permite concluir que solamente a partir de la vigencia del mencionado Acuerdo 228 de 2.002 se estableció para el Plan Obligatorio de Salud, POS una lista de medicamentos específicos, cada uno con su propia identificación, determinada por el llamado "Código ATC", que establece el código anatófarmacológico, el principio activo, la forma de presentación y la concentración, seguido de la descripción de cada uno de estos elementos, sin que hubiera una Resolución del Ministerio de Salud que asignara una codificación para los medicamentos Recombinantes a pesar de la existencia de las claras diferencias de estos con los plasmáticos, en los términos expuestos en párrafos precedentes.

La norma vigente para la fecha en la cual se realizó la entrega de los medicamentos recobrados en la presente acción, en materia de contenidos del Plan Obligatorio de Salud, POS es el Acuerdo No. 008 del 29 de diciembre de 2.009, expedido por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que establece lo siguiente:

"Artículo 1.- NOMENCLATURA: Adóptese la codificación y nomenclatura de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS- como el único referente para expresar el contenido del POS en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones. En materia de medicamentos se utilizará la codificación descrita en el presente acuerdo y basada en el sistema de clasificación anatómica ATC.

"(...)

"Artículo 10.- PRINCIPIOS PARA LAS EXCLUSIONES. Los criterios generales de exclusiones explícitas de los planes obligatorios de salud son los siguientes:

"1. Elementos, medicamentos, en general servicios de salud no incluidos expresamente en el presente acuerdo.

"(...).

"6. Actividades, procedimientos e intervenciones, medicamentos y tecnología en salud no incluidas expresamente en el presente acuerdo.

"(...).

"Artículo 14.- **COBERTURA DE INSUMOS, SUMINISTROS Y MATERIALES.** En el caso de los listados de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos, definidos en el presente acuerdo, la inclusión en el POS y POS-S se limita a los descritos en el mismo; en consecuencia conduce a la no inclusión o exclusión de los que no se describen en el listado respectivo, salvo expresión en contrario de acuerdo con lo definido en cada listado.

"(...).

"Artículo 54.- **EXCLUSIONES EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.** El POS-C tiene las siguientes exclusiones y limitaciones acorde con lo estipulado en el artículo 000 (Sic) del presente acuerdo: (...)

"6. Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en el Manual de Medicamentos y Terapéutica vigente." (Subrayado)

El Anexo 1 del Acuerdo 008 de 2.009, contiene el listado de medicamentos POS. En materia de medicamentos antihemofílicos incluye únicamente los siguientes, identificados con la misma codificación ordenada en la Resolución 1.830 de 1.999:

Codigo ATC	Código Administrativo			Principio activo	Concetración farmacéutica
	Principio Activo	Forma	Concen tración		
B02B	F001	72	1	Factor antihemofílico	No menos de 100 UI de factor VIII polvo para inyección
B02B	F002	72	1	Factor antihemofílico	No menos de 100 U.I. de factor IX Polvo para inyección

Nuevamente nos encontramos con que no hay una codificación particular para los medicamentos Recombinantes, a pesar de que tienen diferencias importantes con los plasmáticos. En este caso el Ministerio de Salud y de la Protección Social omitió ajustar lo previsto en la Resolución 1830 de 1.999 arriba mencionada, y no asignó un código específico para los medicamentos recombinantes, situación que no hace más que ahondar en las deficiencias regulatorias del tema de medicamentos en el Sistema de Salud, generando situaciones de confusión sobre los reales alcances del Acuerdo 008 de la CRES sobre la cobertura de los medicamentos recombinantes.

Por si esto no fuera suficiente, al realizar un análisis de los códigos ATC de algunos factores antihemofílicos se pudo establecer que uno de los antihemofílicos plasmáticos tiene una codificación idéntica al Factor VIII + Von Willenbrand, producto que se caracteriza por ser la combinación de varios principios activos dentro del mismo medicamento, lo que según lo señalado por la CRES en el oficio RAD-CRES-284-10 del 7 de febrero de 2.011 tiene como consecuencia que no se considere incluido dentro del POS. Ante Esta situación resulta más que evidente que las deficiencias en la codificación distorsionan cualquier ejercicio interpretativo que se pretenda hacer frente a las coberturas del POS.

De otra parte la Resolución 1499 del 29 de abril de 2010, emitida por el Ministerio de la Protección Social, en el Artículo 1, donde se establece el listado de medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios, que se comercializan en el país, se registra y mencionan los factores VIII así:

Cons.	CUM	Principio Activo	Nombre Comercial
110	226750-1	Factor	IMMUNATE FACTOR VIII DE COAGULACION 250 UI
112	199919165-1	Factor	DRIED FACTORA VIII, TYPE 8Y
113	19935850-1	Factor	IMMUNATE 500 UI FACTOR VIII DE COAGULACION
114	19935853-1	Factor	IMMUNATE 1000 UI FACTOR VIII DE COAGULACION

Este es un ejemplo más que nos lleva a concluir que el medicamento **FACTOR VIII** recombinante no hace parte o no se encuentra incluido en el listado de medicamentos del POS, por lo que en cualquier caso, ante la duda, esta habrá de ser resuelta a favor del administrado – EPS que sin embargo ha cumplido con su obligación de garantizar la prestación efectiva de citado medicamento, para proteger el derecho a la salud.

Además de lo anterior, debemos tener en cuenta que de acuerdo a las características de cada uno de los medicamentos que se encuentran en las actas de autorización de medicamentos y registros sanitarios expedidas por el INVIMA, las diferencias entre los medicamentos recombinantes y plasmáticos son claras, pues no son moléculas idénticas, no pueden pertenecer al mismo género pero no se puede presumir que por ello se encuentren explícitamente incluidas en el Plan Obligatorio de Beneficios.

VIII. RELACIÓN DE LOS MEDIOS DE PRUEBA

Sírvase Señor Juez decretar, practicar y valorar los siguientes medios probatorios que respaldan las pretensiones demandadas:

Medio magnético un (1) CD que contiene: (Debidamente digitalizada la información que se encuentra impresa en su despacho).

1. En la Carpeta denominada: **“Certificados”**:

1.1. Certificado de Existencia y Representación Legal de la demandante EPS Sanitas.

1.2. Certificado de Funcionamiento de EPS Sanitas, expedido la Superintendencia Nacional de Salud.

2. En la Carpeta nominada: **“RECOMBINANTES R1”**:

Contiene Base de datos elaborada por la demandante en la que se identifican y clasifican los **dieciséis (16)** recobros objeto de esta demanda. Dicha base contiene dos hojas de cálculo a saber:

2.1. Hoja de Cálculo: **“Base Jurídica”**: Se evidencia información relativa a: (i) Usuarios, (ii) Servicios prestados, (iii) Prestadores y (iv) Recobros.

2.2. Hoja de Cálculo: **“Base General”**: Tan solo se precisa información relativa a los recobros.

3. En la Carpeta nombrada: **“Imágenes- RECOMBINANTES R1”**:

Allí se observa copia digitalizada de los **dieciséis (16)** recobros con sus correspondientes soportes administrativos y anexos, mediante los cuales se documenta y demuestra la cobertura de los servicios suministrados a los usuarios y que son objeto de la presente demanda. Para el efecto se relacionan

debidamente individualizados, acorde con el número de radicado Fosyga, así:

No. Radicado Fosyga (MYT 01/02)
45283940
45557005
85172181
85173670
85179380
23607923
23607936
24632394
25122406
46829705
49246317
49364247
49364307
49364308
51907906
52300844

4. En la Carpeta designada como: "Respuesta Recobros Formato MYT" – en la Subcarpeta: " Oficios":

Se encuentra copia de las siete (7) comunicaciones a través de las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social, representado por el Consorcio administrador, informó las glosas invocadas y su consecuente negativa de pago, a saber:

MYT-04021303
GRC-MYT-162-12
GRC-MYT-1916-12
GRC-MYT-226-12
UNTF-OPE-569
UNTF-COM-064
UNTF-OPE-099

5. En la Carpeta llamada como: "Respuesta Recobros Formato MYT" – en la Subcarpeta: " Bases":

Se evidencian dos (2) Bases de datos, allegadas con las comunicaciones mencionadas en el numeral que antecede, mediante los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social, relacionó todos los recobros presentados en ese momento por EPS Sanitas, contiene recobros, glosados, aprobados y rechazados. (No todos objeto de demanda tan solo los dieciséis (16) acá relacionados).

MYT-04021303
GRC-MYT-162-12
GRC-MYT-1916-12
GRC-MYT-226-12

UNTF-OPE-569
UNTF-COM-064
UNTF-OPE-099

6. En la Carpeta nombrada como: "**Acta RECOMBINANTES R1**":

Se encuentra la Constancia de agotamiento del requisito de prejudicialidad, expedida por la Procuraduría Quinta judicial II Para Asuntos Administrativos.

7. Reclamación Administrativa de conformidad con el Artículo 6º del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, modificado por la Ley 712 de 2001, artículo 4º.

Los archivos antes aludidos, corresponden a la totalidad de la documental aportada en físico a su Despacho con el fin de facilitar su búsqueda e interpretación si lo estima pertinente, no obstante, es importante precisar que la operatividad propia de los recobros se efectúa a través de medios magnéticos, en consonancia con el archivo que se aporta como prueba.

Testimonios:

De la manera más respetuosa solicito se decrete la recepción de las siguientes declaraciones, para tales efectos formularé las preguntas personalmente en el marco de la diligencia o por escrito en la oportunidad procesal pertinente.

- **Miguel Angel bautista Guevara**, Director de Recobros de EPS Sanitas, para que declare todo lo que le conste de los hechos y pretensiones de la demanda, al igual que sobre los trámites de recobro que se presentaron para pago ante el Consorcio Administrador y al Ministerio de Salud y la Protección Social y el impacto financiero que tuvo el no pago del ciento por ciento del valor de los servicios de Salud excluidos del POS que se relacionan en la presente demanda El testigo podrá ser citado en la siguiente dirección: Calle 100 No. 11b- 67, Piso Quinto.

A los profesionales médicos que relaciono a continuación quienes podrán exponer sobre las diferentes técnicas entre factores recombinantes, la estructura molecular del factor VII, entre otras consideraciones científicas así como las que indican porqué se encuentran estos excluidos del POS.

- Doctor, **CARLOS AUGUSTO RIVERA TORRES**, gerencia de auditoria de la calidad en servicios de salud de la Universidad Jorge Tadeo Lozano, a quién se le puede ubicar en la cerrera 4 No. 22 – 61 de la ciudad de Bogotá. Para tales efectos formularé las preguntas personalmente en el marco de la diligencia o por escrito en la oportunidad procesal pertinente.

Inspección Judicial con Dictamen Pericial:

Solicito ordenar y decretar la práctica de la prueba en mención para que mediante la intervención de un auxiliar de la justicia que tenga la calidad de profesional en Contaduría Pública, (i) Se verifique la autenticidad de los documentos que fundamentan los hechos expuestos en la demanda que se allegan en copia simple y que se relacionan en la base de datos que se adjunta como facilitadora de la interpretación de los mismos, (ii) se compruebe la existencia de la obligación y (iii) la veracidad de los hechos expuestos.

El auxiliar de la justicia designado, verificará la existencia de las facturas, corroborará los pagos efectuados a los prestadores o proveedores, confrontará el contenido de la base de datos que se acompaña a la demanda con los documentos que la soportan, calculará el monto de las pretensiones, **cuantificará y liquidará los intereses causados** a favor de la entidad que represento con ocasión del no pago por parte del consorcio administrador, ello sin perjuicio de las preguntas que pueda formular en cuestionario separado previo a la práctica de la prueba.

Los originales de los documentos objeto de la prueba, reposan en la compañía por resultar de especial importancia para la misma, ya que forman parte de su soporte financiero y permiten dar cumplimiento a sus obligaciones y responsabilidades como ente vigilado.

Documentales en poder de la demandada:

Documentos que certifiquen la calidad de usuarios o afiliados a EPS Sanitas, beneficiarios de los servicios objeto de la presente demanda, al momento de la prestación de los aludidos servicios. Para mayor claridad los usuarios o afiliados se encuentran debidamente discriminados en la base de datos que se aporta con la presente demanda.

IX. COMPETENCIA Y ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTÍA

Es competente ese Juzgado Laboral del Circuito de Bogotá, para conocer del presente proceso, contra las aquí demandas, en razón de su domicilio y de la cuantía que la estimo en más de diez (10) salarios mínimos legales mensuales así:

QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS MONEDA LEGAL (\$595.562.555).

Esta Suma que se discrimina de la siguiente manera:

- A) QUINIENTOS CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS CINCO PESOS MONEDA LEGAL (\$541.420.505)**, por concepto del capital correspondiente a la cobertura y suministro efectivo de los **servicios, insumos o procedimientos NO POS** o no financiados por la Unidad de Pago por Capitación – UPC, que el **Sistema General de Seguridad Social en Salud** le reconoce a la EPS mensualmente por cada **afiliado y beneficiario**, de manera que están a cargo de la **Subcuenta de Compensación del Fosyga**, los cuales fueron efectivamente cubiertos y suministrados en su momento por **EPS Sanitas** en favor de afiliados y beneficiarios suyos, de tiempo atrás y cuya suma es reclamada en la presente demanda por la EPS Sanitas y Colsanitas, discriminados como se indicó en el acápite de pretensiones.
- B) CINCUENTA Y CUATRO MILLONES CIENTO CUARENTA Y DOS MIL CINCUENTA PESOS MONEDA LEGAL (\$54.142.050)**, por concepto de los **gastos administrativos** inherentes a la gestión y manejo de las prestaciones excluidas del POS objeto de la presente demanda, efectivamente suministrados en su momento por EPS Sanitas a sus usuarios, monto que equivale al diez por ciento (10%) del valor de las mismas, aplicando por analogía el porcentaje del gasto administrativo admitido para las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP, hoy ARL, o la suma que resulte probada en el trámite del proceso, discriminados como se indicó en el acápite de pretensiones.
- C) Al capital antes referido se le deben incluir los intereses moratorios que resulten probados a lo largo del proceso a favor de la entidad demandante, sobre el monto fijado por concepto de capital en el párrafo precedente, liquidados a la tasa máxima establecida para los tributos administrados por la DIAN, conforme al artículo 4 del Decreto 1281 de 2002, entre la fecha de exigibilidad del respectivo concepto de recobro y la de pago efectivo de su importe.**

Es necesario precisar que los Jueces Laborales, son competentes para conocer de la presente demanda al tenor de lo previsto en el numeral 4 del artículo 2 de la ley 712 del 2001, que señala que esta jurisdicción conoce entre otras, de las controversias referentes al sistema de seguridad social integral que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, cualquiera que sea la naturaleza jurídica y de los actos jurídicos que se controviertan. Es así que se encuentra inmersa en la anterior definición, los participantes de la presente demanda, y es precisamente que la ley otorga a esta jurisdicción como juez especializado, la responsabilidad de dirimir estos conflictos.

X. ANEXOS

Acompaño con la presente demanda los siguientes:

1. Certificado de Existencia y Representación Legal de EPS Sanitas, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
2. Certificado de Funcionamiento de EPS Sanitas, expedido la Superintendencia Nacional de Salud.
3. Bases de datos allegadas con las comunicaciones mencionadas en el numeral que antecede, mediante las cuales el administrador fiduciario, relacionó los recobros presentados por EPS Sanitas con sus respectivas glosas.
4. Copia de los recobros presentados para pago ante el Ministerio de la Protección Social- Consorcio Administrador del Fosyga
5. Copia de la demanda y sus anexos en medios magnéticos para el traslado a las entidades demandadas. En aras de la buena fe, la transparencia y la lealtad procesal, se adjunta copia del referido archivo magnético, contentivo de la totalidad de la documental impresa que se allega a su Despacho.
6. Copia impresa de la presente demanda y sus anexos para el archivo.
7. Constancias de agotamiento del requisito de prejudicialidad.
8. Reclamación administrativa de conformidad con el Artículo 6º del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, modificado por la Ley 712 de 2001, artículo 4º.

XI. NOTIFICACIONES

- El apoderado de EPS Sanitas y Colsanitas S.A., en la ciudad de Bogotá, D. C. y recibe notificaciones en la siguiente dirección:

Calle 100 No 11b- 67 Piso 5º
Teléfono – PBX 6466060 Ext. 1134, 1113, 10149
jliriarte@colsanitas.com
Bogotá D. C.

- La parte actora, E.P.S. Sanitas Y Colsanitas S.A., tiene su domicilio en la ciudad de Bogotá, D.C. y recibe Notificaciones en la siguiente Dirección.

Calle 100 No 11b- 67. Piso 5º
Teléfono – PBX 6466060 Ext. 1134, 1113
jliriarte@colsanitas.com
Bogotá D. C.

- La demandada, **La Nación - Ministerio de Salud y Protección Social**, tiene su domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., en la siguiente dirección:

Carrera 13 No 32 – 76
Bogotá D. C.

La Agencia de Defensa Jurídica del Estado:

Carrera 7 No. 75 – 66 Edificio Centro Empresarial C75
Bogotá D.C.

Sírvase señor juez reconocerme personería para actuar como apoderado especial de la entidad demandante, admitir la presente demanda y darle a esta el trámite legal que le corresponda.

Atentamente,

JOSE LUIS IRIARTE DIAZ

C. C. 72.279.014 de Barranquilla

T.P. No. 146.814 del C. S. de la Judicatura

Apoderado EPS Sanitas S.A. / Colsanitas S.A.