

Bogotá D. C. Enero 25 de 2016  
CJ-391-16

Señores  
**Juzgado Laboral del Circuito de Bogotá D.C.**  
Reparto

---

**Referencia:**

**Proceso Ordinario Laboral de Primera Instancia**  
Demandante: **Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.**  
Demandada: **La Nación - Ministerio de Salud y Protección Social**  
**Asunto:** Demanda

**Sandra Milena Cardozo Angulo**, mayor de edad, domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.454.411 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 136.142 del Consejo Superior de la Judicatura, en condición de apoderada especial de la **Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.**, en adelante **EPS Sanitas** o la **demandante**, por medio del presente escrito respetuosamente formulo 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.

**1. OBJETO DEL LITIGIO:**

Obtener a través de la vía judicial el reconocimiento y pago de las sumas de dinero que fueron asumidas por EPS Sanitas y que están relacionadas con los gastos en que esta incurrió por razón de la cobertura efectiva y de la garantía de acceso a servicios no incorporados o excluidos del Plan Obligatorio de Salud, POS y, en consecuencia, no financiados por las unidades de pago por capitación, UPC, requeridos por sus afiliados y beneficiarios, cuyo valor fue asumido integralmente con recursos propios por mi representada, en cumplimiento de fallos proferidos como resultado de múltiples procedimientos constitucionales de acción de tutela, en cumplimiento del ordenamiento jurídico superior que regula la materia, los cuales inicialmente fueron reclamados por E.P.S. Sanitas a través del procedimiento administrativo especial de recobro y fueron negados de forma injustificada por la accionada a través de las glosas invocadas. Asimismo se pretende el reconocimiento de los perjuicios que ocasionó el desgaste administrativo y judicial inherente a la gestión y al manejo de dichas prestaciones.

**2. LAS PARTES, SU DOMICILIO Y NOTIFICACIONES:**

**2.1 PARTE DEMANDANTE:**

- ❖ **Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A., E.P.S. Sanitas S.A.**, 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 D. C., inscrita en la Cámara de Comercio de la misma ciudad el 16 de diciembre de 1994, 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.

- ❖ En condición de representante legal para asuntos judiciales interviene la abogada **Gimena María García Bolaños**, identificada con la cédula de ciudadanía Número 52.212.305, expedida en Bogotá D. C., abogada en ejercicio con tarjeta profesional No. 202.141 del Consejo Superior de la Judicatura, quien me otorga poder.
- ❖ **Sandra Milena Cardozo Angulo**, quien actúa como apoderada judicial de la sociedad mencionada, en virtud del poder especial que se aporta como anexo del presente documento.
  - Domicilio y notificaciones: Calle 100 No 11b- 67 piso 3 – Central Jurídica
  - Teléfono – PBX 6466060 Ext. 5711113-5711121 y 5711122
  - Correo electrónico: [smcardozo@colsanitas.com](mailto:smcardozo@colsanitas.com)
  - Bogotá D. C.

## 2.2 PARTE DEMANDADA Y SU REPRESENTANTE LEGAL:

- ❖ La Nación – Ministerio de Salud y Protección Social, representada legalmente por el Ministro Alejandro Gaviria Uribe, o quién haga sus veces, de conformidad con lo previsto en los artículos 34 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, y el artículo 159 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

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
- Correo electrónico: [notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co](mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co)

## 2.3 AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURÍDICA DEL ESTADO:

- ❖ De conformidad con el artículo 612 de la Ley 1564 de 2012 (Código General del Proceso) la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, deberá ser notificada en los procesos que se tramiten ante cualquier jurisdicción donde sea demandada una Entidad Pública. Esta entidad recibirá notificaciones:
  - A través del buzón dispuesto en la página web: [www.defensajuridica.gov.co](http://www.defensajuridica.gov.co) o
  - Carrera 7 No. 75-66, Edificio Centro Empresarial C75, de la ciudad de Bogotá, segundo piso- ventanilla única de radicación.

## 2.4 MINISTERIO PÚBLICO:

- ❖ De acuerdo al artículo 74 del CPLSS y al asunto del presente litigio, su Despacho dispondrá la necesidad de notificar al Agente del Ministerio Público respecto de la presente acción.

### **3. CLASE DE PROCESO:**

Se trata de un proceso de seguridad social declarativo que debe ventilarse mediante el procedimiento ordinario de primera instancia, de conformidad con lo estipulado en el artículo 144 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, toda vez que las controversias que se pretenden dirimir se enmarcan en el contexto del Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, por estar encaminadas a obtener el reconocimiento y pago de las sumas insolutas.

La atribución de la competencia se concluye de los antecedentes que se exponen a continuación:

- Por una parte, la Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral en los artículos pertinentes precisó:
  - Artículo 8: *“El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios que se definen en la presente ley.”*
  - El artículo 155, detalló los integrantes del Sistema de Seguridad Social en Salud y entre estos incluyó: (i) Al Ministerio de Salud y Trabajo, hoy, Ministerio de Salud y Protección Social, (ii) al Fondo de Solidaridad y Garantía, y (iii) Las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, como la accionante.
  - El artículo 218 de la Ley 100 de 1993 establece que el FOSYGA es *“una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el Estatuto General de la Contratación de la Administración Pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.”*
- Por otra parte, el Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, en su artículo 2º numeral 4º, modificado por el artículo 622 de la Ley 1564 de 2012, precisó que corresponde a la jurisdicción ordinaria en su especialidad laboral: *“Conocer de las controversias relativas a la prestación de los servicios de la seguridad social que se susciten entre los afiliados, beneficiarios o usuarios, los empleadores y las entidades administradoras o prestadoras, salvo los de responsabilidad médica y los relacionados con contratos.”*
- La Ley 270 de 1996, artículo 12 modificado por el artículo 5º de la Ley 1285 de 2009, estableció: *“La jurisdicción ordinaria que conocerá de todos los asuntos que no estén atribuidos por la Constitución o la ley a otra jurisdicción.”*

Por lo anterior, tanto las partes como la obligación reclamada hacen parte del Sistema General de Seguridad Social Integral y esta clase de controversias no han sido asignadas a otras jurisdicciones, razón por la cual, el presente proceso es de conocimiento de la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Laboral.

El factor de imputación de competencia a la Jurisdicción de lo Ordinario Laboral, también ha sido objeto de pronunciamiento en reiteradas providencias, de las cuales se cita a manera de ejemplo la proferida por el Consejo Superior de la Judicatura el pasado once (11) de agosto de dos mil catorce (2014), mediante la cual se dirimió un conflicto de jurisdicción en un proceso con

características similares al presente y que se identifica con el número de radicación 11001010200020140172200, el aludido proveído está siendo citado para efectos de negar el acceso a la jurisdicción de lo contencioso administrativo desde la etapa prejudicial y para atribuir este tipo de pleitos a la jurisdicción ordinaria en su especialidad laboral.

**4. PRETENSIONES:**

Basados en los hechos y las pruebas que se aportan con la presente demanda se pretenden las siguientes:

❖ **Pretensiones Principales:**

**4.1.** Se declare la responsabilidad de la **Nación – Ministerio de Salud y Protección Social** en la causación de los perjuicios en la modalidad de daño emergente, irrogados a **E.P.S. Sanitas**, con ocasión al daño antijurídico derivado del rechazo infundado de **ciento diecinueve (119)** recobros resultado de la cobertura y suministro efectivo de **servicios de acompañamiento permanente - auxiliar de enfermería y suministro de hogares sustitutos para el cuidado de adultos mayores y pacientes con enfermedades discapacitantes y/o en fase terminal, con acompañamiento adicional, NO** incluidos el Plan Obligatorio de Salud, POS que ascienden a la suma de **DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$245.762.342)** y que se discriminan así:

| Número | Número de Radicado Fosyga (MYT 01/02) | Valor del Recobro |
|--------|---------------------------------------|-------------------|
| 4.1.1  | 102845318                             | \$ 3.300.000,00   |
| 4.1.2  | 102845321                             | \$ 3.000.000,00   |
| 4.1.3  | 102845322                             | \$ 3.000.000,00   |
| 4.1.4  | 103268369                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.5  | 103268370                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.6  | 103268371                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.7  | 103268374                             | \$ 800.000,00     |
| 4.1.8  | 103268375                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.9  | 103268376                             | \$ 36.750,00      |
| 4.1.10 | 103268377                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.11 | 103268378                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.12 | 103268379                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.13 | 103268381                             | \$ 1.100.000,00   |
| 4.1.14 | 103268581                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.15 | 103268586                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.16 | 103268588                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.17 | 103268616                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.18 | 103268618                             | \$ 1.600.000,00   |
| 4.1.19 | 103268636                             | \$ 2.971.660,00   |
| 4.1.20 | 103268714                             | \$ 3.062.400,00   |

|        |           |                 |
|--------|-----------|-----------------|
| 4.1.21 | 103268838 | \$ 824.600,00   |
| 4.1.22 | 103268988 | \$ 2.626.400,00 |
| 4.1.23 | 103269220 | \$ 1.200.000,00 |
| 4.1.24 | 103394844 | \$ 3.150.000,00 |
| 4.1.25 | 103395068 | \$ 3.000.000,00 |
| 4.1.26 | 103395071 | \$ 3.000.000,00 |
| 4.1.27 | 103395072 | \$ 3.000.000,00 |
| 4.1.28 | 103395115 | \$ 3.749.840,00 |
| 4.1.29 | 103658902 | \$ 1.838.500,00 |
| 4.1.30 | 103658956 | \$ 2.907.800,00 |
| 4.1.31 | 103659233 | \$ 1.285.960,00 |
| 4.1.32 | 103659261 | \$ 1.681.260,00 |
| 4.1.33 | 103659264 | \$ 1.936.640,00 |
| 4.1.34 | 103659274 | \$ 3.300.000,00 |
| 4.1.35 | 103773870 | \$ 3.386.720,00 |
| 4.1.36 | 104014186 | \$ 2.764.720,00 |
| 4.1.37 | 104014206 | \$ 3.060.940,00 |
| 4.1.38 | 104563277 | \$ 2.468.500,00 |
| 4.1.39 | 104563340 | \$ 2.962.200,00 |
| 4.1.40 | 104563346 | \$ 2.962.200,00 |
| 4.1.41 | 104563501 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.42 | 104563502 | \$ 1.597.600,00 |
| 4.1.43 | 104563510 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.44 | 104563511 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.45 | 104563512 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.46 | 104563514 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.47 | 104563516 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.48 | 104563520 | \$ 1.200.000,00 |
| 4.1.49 | 104563653 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.50 | 104563669 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.51 | 104563705 | \$ 2.850.000,00 |
| 4.1.52 | 104564059 | \$ 1.168.187,00 |
| 4.1.53 | 104658325 | \$ 2.112.000,00 |
| 4.1.54 | 104658326 | \$ 3.062.400,00 |
| 4.1.55 | 105111723 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.56 | 105111724 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.57 | 105111729 | \$ 1.168.187,00 |
| 4.1.58 | 105111971 | \$ 800.000,00   |
| 4.1.59 | 105112332 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.60 | 105112551 | \$ 1.600.000,00 |

|         |           |                 |
|---------|-----------|-----------------|
| 4.1.61  | 105112552 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.62  | 105112614 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.63  | 105112620 | \$ 1.597.600,00 |
| 4.1.64  | 105112621 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.65  | 105112622 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.66  | 105112623 | \$ 3.631.200,00 |
| 4.1.67  | 105112669 | \$ 847.280,00   |
| 4.1.68  | 105112670 | \$ 2.907.800,00 |
| 4.1.69  | 105112672 | \$ 2.962.200,00 |
| 4.1.70  | 105112678 | \$ 3.631.200,00 |
| 4.1.71  | 105112772 | \$ 1.453.900,00 |
| 4.1.72  | 105112979 | \$ 3.060.940,00 |
| 4.1.73  | 105112984 | \$ 2.925.780,00 |
| 4.1.74  | 105112985 | \$ 2.962.200,00 |
| 4.1.75  | 105112993 | \$ 3.060.940,00 |
| 4.1.76  | 105112999 | \$ 1.974.800,00 |
| 4.1.77  | 105113013 | \$ 2.907.800,00 |
| 4.1.78  | 105113209 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.79  | 105113212 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.80  | 105456738 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.81  | 105456739 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.82  | 105456740 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.83  | 105456741 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.84  | 105456742 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.85  | 105456744 | \$ 1.100.000,00 |
| 4.1.86  | 105456747 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.87  | 105456756 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.88  | 105456758 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.89  | 105456796 | \$ 2.863.460,00 |
| 4.1.90  | 105456900 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.91  | 105456952 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.92  | 105456955 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.93  | 105456956 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.94  | 105456959 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.95  | 105457016 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.96  | 105457017 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.97  | 105457018 | \$ 1.600.000,00 |
| 4.1.98  | 105457041 | \$ 2.863.460,00 |
| 4.1.99  | 105457093 | \$ 3.742.740,00 |
| 4.1.100 | 105457130 | \$ 1.600.000,00 |

|         |           |                          |
|---------|-----------|--------------------------|
| 4.1.101 | 105457131 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.102 | 105457132 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.103 | 105457133 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.104 | 105457135 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.105 | 105457206 | \$ 1.170.588,00          |
| 4.1.106 | 105457303 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.107 | 105457304 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.108 | 105457307 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.109 | 105457311 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.110 | 105457324 | \$ 3.000.000,00          |
| 4.1.111 | 105624627 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.112 | 105624684 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.113 | 105624686 | \$ 1.100.000,00          |
| 4.1.114 | 105624694 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.115 | 105624695 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.116 | 105624738 | \$ 1.600.000,00          |
| 4.1.117 | 105835032 | \$ 5.730.290,00          |
| 4.1.118 | 106074426 | \$ 299.600,00            |
| 4.1.119 | 106074720 | \$ 2.814.000,00          |
| 4.1.120 | 106074722 | \$ 2.814.000,00          |
| 4.1.121 | 106075279 | \$ 1.597.600,00          |
| 4.1.122 | 106075284 | \$ 1.597.600,00          |
| 4.1.123 | 106075285 | \$ 1.590.500,00          |
| 4.1.124 | 106434719 | \$ 1.219.400,00          |
|         |           | <b>\$ 245.762.342,00</b> |

**4.2.** De acuerdo a la declaración efectuada en el numeral anterior, se condene a la **Nación – Ministerio de Salud y Protección Social**, en la modalidad de indemnización del daño emergente, al reconocimiento y pago a favor de **EPS Sanitas** de la suma de **DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$245.762.342)** , correspondientes a los **ciento veinticuatro (124)** recobros descritos.

**4.3.** Se declare la responsabilidad de la **Nación – Ministerio de Salud y Protección Social**, en la causación de los perjuicios en la modalidad de daño emergente causados a **E.P.S. Sanitas**, que ascienden a la suma de **VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS (\$24.576.234)** por concepto de los **gastos administrativos** inherentes a la gestión y al manejo de las prestaciones excluidas del POS objeto de la presente demanda, monto que equivale al diez por ciento (10%) del valor de las mismas.

**4.4.** Conforme a la declaración anterior, se condene a la **Nación – Ministerio de Salud y Protección Social**, a título de indemnización del daño emergente, al reconocimiento y pago a favor de la **EPS Sanitas** a la suma de **VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS (\$24.576.234)**.

**4.5.** En la modalidad de lucro cesante, se condene a la demandada a pagar a favor de la

demandante, **intereses moratorios**, sobre el monto de que trata la pretensión primera y segunda, 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.

4.6. Se condene a la demandada al pago de costas y agencias en derecho.

❖ **Pretensión Subsidiaria:**

4.7. En el evento que no se condene a la demandada al pago de los intereses moratorios reclamados sobre las sumas reconocidas, se ordene la actualización 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 accionante.

**4.7 Acumulación de Pretensiones:**

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 25A del Código de Procedimiento Laboral y de la Seguridad Social, en la presente controversia resulta procedente la acumulación de pretensiones por los motivos que a continuación se exponen:

- El juez laboral del circuito es competente para conocer de todas las pretensiones planteadas.
- No se excluyen entre sí.
- Se pueden tramitar en su totalidad a través del procedimiento establecido para el proceso de primera instancia.

5. **HECHOS Y OMISIONES:** ( Para facilitar su interpretación, se aporta en medio magnético, base de datos en la cual se evidencia la información discriminada en este numeral)

5.1. E.P.S. Sanitas S.A., autorizó y cubrió los servicios de **acompañamiento permanente (Cuidador- auxiliar de enfermería y suministro de hogares sustitutos para el cuidado de adultos mayores y pacientes con enfermedades discapacitantes y/o en fase terminal, con acompañamiento adicional)**, no incluidos entre los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS), a diferentes usuarios que se relacionan a continuación, así como en la base de datos que se adjunta.

| No.   | No. Radicado Fosyga (MYT 01/02) | No. Item | Clasificación del Servicio entregado | Valor Recobro   | Nombre                        | Número de identificación |             |
|-------|---------------------------------|----------|--------------------------------------|-----------------|-------------------------------|--------------------------|-------------|
| 5.1.1 | 102845318                       | 1        | ACOMPANIAMIENTO TERAPEUTICO          | \$ 3.300.000,00 | ROMERO LOZANO DAVID GUILLERMO | RC                       | 1097492392  |
| 5.1.2 | 102845321                       | 1        | ACOMPANIAMIENTO TERAPEUTICO          | \$ 3.000.000,00 | JULIO PONDOR JUAN JAVIER      | TI                       | 99021310685 |



|        |           |   |  |                 |                                      |    |             |
|--------|-----------|---|--|-----------------|--------------------------------------|----|-------------|
| 5.1.3  | 102845322 | 1 | ACOMPANIAMIENTO TERAPEUTICO                      | \$ 3.000.000,00 | JULIO PONDOR JUAN JAVIER             | TI | 99021310685 |
| 5.1.4  | 103268369 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | FERNANDEZ ACEVEDO CRISTIAN DAVID     | CC | 1019033008  |
| 5.1.5  | 103268370 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | GARCIA CORDERO CAMILO ARTURO         | CC | 1019073746  |
| 5.1.6  | 103268371 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | MONTEALEGRE HERNANDEZ ANGIE KARIMEN  | TI | 96101509912 |
| 5.1.7  | 103268374 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 800.000,00   | BENITEZ JIMENEZ HILARY JEANDRY       | TI | 1000596787  |
| 5.1.8  | 103268375 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | TORRES MORENO GUSTAVO ADOLFO         | CC | 80037236    |
| 5.1.9  | 103268376 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 36.750,00    | GONZALEZ SIERRA GUSTAVO ADOLFO       | CC | 80141562    |
| 5.1.10 | 103268377 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | FORERO SANABRIA ENRIQUE              | TI | 1000794682  |
| 5.1.11 | 103268378 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | ROJAS GARCIA JUAN FELIPE             | TI | 1000517868  |
| 5.1.12 | 103268379 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | ZAPATA MONTENEGRO JUAN DIEGO         | RC | 1021397208  |
| 5.1.13 | 103268381 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS     | \$ 1.100.000,00 | GIRALDO HOYOS KAREN ELENA            | TI | 1000035827  |
| 5.1.14 | 103268581 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | SUSA BONILLA LUISA MARIA             | TI | 1002752290  |
| 5.1.15 | 103268586 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS     | \$ 1.600.000,00 | BRAVO ZAMBRANO LINDA                 | CC | 53003395    |
| 5.1.16 | 103268588 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | VARGAS SARMIENTO SANTIAGO            | RC | 1034665721  |
| 5.1.17 | 103268616 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | RODRIGUEZ PRIETO SEBASTIAN           | RC | 1030583551  |
| 5.1.18 | 103268618 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO             | \$ 1.600.000,00 | JARA AYALA SAMUEL ARTURO             | RC | 1014978004  |
| 5.1.19 | 103268636 | 2 | CUIDADOR DOMICILIARIO NOCHE                      | \$ 2.971.660,00 | QUINTERO VDA DE GOMEZ MARIA BERNARDA | CC | 27990736    |
| 5.1.20 | 103268714 | 1 | ACOMPANIAMIENTO TERAPEUTICO                      | \$ 3.062.400,00 | ROJAS LAGOS SANTIAGO FELIPE          | TI | 97042118200 |
| 5.1.21 | 103268838 | 1 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO DIA | \$ 824.600,00   | GARCIA MARQUEZ GUSTAVO ADOLFO        | CC | 3797064     |

|        |           |   |  |                 |                                      |    |            |
|--------|-----------|---|--|-----------------|--------------------------------------|----|------------|
| 5.1.22 | 103268988 | 4 | CUIDADOR DOMICILIARIO 24 HORAS                     | \$ 2.626.400,00 | VASQUEZ DE REYES ROSATILIA           | CC | 28051461   |
| 5.1.23 | 103269220 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.200.000,00 | ARZUZA RESTREPO LUCIANA SOFIA        | RC | 1011095048 |
| 5.1.24 | 103394844 | 1 | ACOMPANAMIENTO TUTORIAL                            | \$ 3.150.000,00 | ROMERO LOZANO DAVID GUILLERMO        | RC | 1097492392 |
| 5.1.25 | 103395068 | 1 | ACOMPANAMIENTO TERAPEUTICO                         | \$ 3.000.000,00 | CHAVARRO CARVAJAL SEBASTIAN          | TI | 1010045222 |
| 5.1.26 | 103395071 | 1 | ACOMPANAMIENTO TUTORIAL                            | \$ 3.000.000,00 | ROMERO LOZANO DAVID GUILLERMO        | RC | 1097492392 |
| 5.1.27 | 103395072 | 1 | ACOMPANAMIENTO TUTORIAL                            | \$ 3.000.000,00 | ROMERO LOZANO DAVID GUILLERMO        | RC | 1097492392 |
| 5.1.28 | 103395115 | 1 | ACOMPANAMIENTO 24 HORAS                            | \$ 3.749.840,00 | ROMERO MARGARITA BENGOA              | PA | 215776657  |
| 5.1.29 | 103658902 | 1 | ACOMPANAMIENTO TERAPEUTICO                         | \$ 1.838.500,00 | BAEZ PRIETO JULIAN DAVID             | TI | 1007717810 |
| 5.1.30 | 103658956 | 2 | CUIDADOR DOMICILIARIO 24 HORAS                     | \$ 2.907.800,00 | VASQUEZ DE REYES ROSATILIA           | CC | 28051461   |
| 5.1.31 | 103659233 | 2 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO NOCHE | \$ 1.285.960,00 | PAVIA VELASCO MARTIN                 | TI | 1000149279 |
| 5.1.32 | 103659261 | 1 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO DIA   | \$ 1.681.260,00 | GARCIA MARQUEZ GUSTAVO ADOLFO        | CC | 3797064    |
| 5.1.33 | 103659264 | 1 | ACOMPANAMIENTO 24 HORAS                            | \$ 1.936.640,00 | PEREZ DE QUINTERO IRMA SOFIA         | CC | 27911142   |
| 5.1.34 | 103659274 | 1 | ACOMPANAMIENTO TUTORIAL                            | \$ 3.300.000,00 | ROMERO LOZANO DAVID GUILLERMO        | RC | 1097492392 |
| 5.1.35 | 103773870 | 1 | ACOMPANAMIENTO 24 HORAS                            | \$ 3.386.720,00 | ROMERO MARGARITA BENGOA              | PA | 215776657  |
| 5.1.36 | 104014186 | 2 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO NOCHE | \$ 2.764.720,00 | QUINTERO VDA DE GOMEZ MARIA BERNARDA | CC | 27990736   |
| 5.1.37 | 104014206 | 2 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO NOCHE | \$ 3.060.940,00 | QUINTERO VDA DE GOMEZ MARIA BERNARDA | CC | 27990736   |
| 5.1.38 | 104563277 | 2 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO NOCHE | \$ 2.468.500,00 | MARTINEZ DE DIAZ BELEN               | CC | 27925216   |
| 5.1.39 | 104563340 | 2 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO NOCHE | \$ 2.962.200,00 | DELGADO VDA DE DAZA EVANGELINA       | CC | 28391089   |

|        |           |   |   |                 |                                     |    |             |
|--------|-----------|---|---|-----------------|-------------------------------------|----|-------------|
| 5.1.40 | 104563346 | 2 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO NOCHE  | \$ 2.962.200,00 | DURAN DE SAAVEDRA LIVIA             | CC | 28370690    |
| 5.1.41 | 104563501 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.600.000,00 | TORRES AGUIRRE CAMILO ANDRES        | RC | 1012366286  |
| 5.1.42 | 104563502 | 1 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.597.600,00 | BAYONA GUERRERO JUAN PABLO          | RC | 1019842923  |
| 5.1.43 | 104563510 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.600.000,00 | GORDILLO OYOLA CAMILO               | RC | 1014483134  |
| 5.1.44 | 104563511 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.600.000,00 | DIAZ DIAZ ANDRES MAURICIO           | CC | 1012350675  |
| 5.1.45 | 104563512 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO  | \$ 1.600.000,00 | PORRAS LOPEZ CRISTIAN FERNANDO      | TI | 1000048735  |
| 5.1.46 | 104563514 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.600.000,00 | ABADIA ACERO ANA SOFIA              | RC | 1021633652  |
| 5.1.47 | 104563516 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.600.000,00 | FERNANDEZ ACEVEDO CRISTIAN DAVID    | CC | 1019033008  |
| 5.1.48 | 104563520 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO  | \$ 1.200.000,00 | ARZUZA RESTREPO LUCIANA SOFIA       | RC | 1011095048  |
| 5.1.49 | 104563653 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.600.000,00 | MONTEALEGRE HERNANDEZ LISETH KARINA | TI | 96101509890 |
| 5.1.50 | 104563669 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.600.000,00 | JARA AYALA SAMUEL ARTURO            | RC | 1014978004  |
| 5.1.51 | 104563705 | 1 | ACOMPANAMIENTO TUTORIAL   | \$ 2.850.000,00 | ROMERO LOZANO DAVID GUILLERMO       | RC | 1097492392  |
| 5.1.52 | 104564059 | 1 | SERVICIO DE INTERNADO EN CERES PARA TRATAMIENTO ESPECIAL QUE INCLUYE ACOMPANAMIENTO PERMANENTE POR AUXILIAR DE ENFERMERIA | \$ 1.168.187,00 | RUBIO NARANJO BERNARDO              | CC | 1136909439  |
| 5.1.53 | 104658325 | 1 | ACOMPANAMIENTO TERAPEUTICO  | \$ 2.112.000,00 | ESCAMILLA PRADOS SUSANA             | CC | 52260881    |
| 5.1.54 | 104658326 | 1 | ACOMPANAMIENTO TERAPEUTICO  | \$ 3.062.400,00 | ROJAS LAGOS SANTIAGO FELIPE         | TI | 97042118200 |
| 5.1.55 | 105111723 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.600.000,00 | ABADIA ACERO ANA SOFIA              | RC | 1021633652  |
| 5.1.56 | 105111724 | 1 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS  | \$ 1.600.000,00 | BENITEZ JIMENEZ HILARY JEANDRY      | TI | 1000596787  |

|        |           |   |  |                 |                                    |    |            |
|--------|-----------|---|--|-----------------|------------------------------------|----|------------|
| 5.1.57 | 105111729 | 1 | SERVICIO DE INTERNADO PERMANENTE EN CERES PARA EDUCACION ESPECIAL QUE INCLUYE ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE POR AUXILIAR DE ENFERMERIA | \$ 1.168.187,00 | RUBIO NARANJO BERNARDO             | CC | 1136909439 |
| 5.1.58 | 105111971 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 4 HORAS   | \$ 800.000,00   | HERNANDEZ RODRIGUEZ KEVIN SANTIAGO | TI | 1001095249 |
| 5.1.59 | 105112332 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS   | \$ 1.600.000,00 | GONZALEZ SIERRA GUSTAVO ADOLFO     | CC | 80141562   |
| 5.1.60 | 105112551 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS   | \$ 1.600.000,00 | BECERRA CARVAJALINO ALEJANDRO      | TI | 1000372486 |
| 5.1.61 | 105112552 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS   | \$ 1.600.000,00 | BECERRA CARVAJALINO ALEJANDRO      | TI | 1000372486 |
| 5.1.62 | 105112614 | 3 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS   | \$ 1.600.000,00 | ROJAS GARCIA JUAN FELIPE           | TI | 1000517868 |
| 5.1.63 | 105112620 | 1 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS   | \$ 1.597.600,00 | FORERO SANABRIA ENRIQUE            | TI | 1000794682 |
| 5.1.64 | 105112621 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS   | \$ 1.600.000,00 | RODRIGUEZ PRIETO SEBASTIAN         | RC | 1030583551 |
| 5.1.65 | 105112622 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS   | \$ 1.600.000,00 | DIAZ DIAZ ANDRES MAURICIO          | CC | 1012350675 |
| 5.1.66 | 105112623 | 1 | ACOMPAÑAMIENTO 24 HORAS  | \$ 3.631.200,00 | ROMERO MARGARITA BENGOA            | PA | 215776657  |
| 5.1.67 | 105112669 | 1 | ACOMPAÑAMIENTO 24 HORAS  | \$ 847.280,00   | MONTAÑA DE SUAREZ ELVIRA           | CC | 41411829   |
| 5.1.68 | 105112670 | 3 | CUIDADOR DOMICILIARIO 24 HORAS   | \$ 2.907.800,00 | JAIMES DE MORA TERESA              | CC | 27933358   |
| 5.1.69 | 105112672 | 2 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO NOCHE   | \$ 2.962.200,00 | TEJADA DE ORDOÑEZ LYA RAQUEL       | CC | 27915593   |
| 5.1.70 | 105112678 | 1 | ACOMPAÑAMIENTO 24 HORAS  | \$ 3.631.200,00 | MIRANDA AVILA ANTONIA JOSEFA       | CC | 26655708   |
| 5.1.71 | 105112772 | 3 | CUIDADOR DOMICILIARIO 12 HORAS   | \$ 1.453.900,00 | HERRERA ARGUELLO THOMAS SANTIAGO   | RC | 1097108369 |
| 5.1.72 | 105112979 | 2 | CUIDADOR DOMICLIARIO NOCHE   | \$ 3.060.940,00 | TEJADA DE ORDOÑEZ LYA RAQUEL       | CC | 27915593   |
| 5.1.73 | 105112984 | 1 | CUIDADOR DOMICILIARIO DIA  | \$ 2.925.780,00 | GARCIA VDA DE ORTIZ REBECA         | CC | 27910226   |

|        |           |   |  |                 |                                      |    |             |
|--------|-----------|---|--|-----------------|--------------------------------------|----|-------------|
| 5.1.74 | 105112985 | 2 | CUIDADOR DOMICLIARIO NOCHE                         | \$ 2.962.200,00 | QUINTERO VDA DE GOMEZ MARIA BERNARDA | CC | 27990736    |
| 5.1.75 | 105112993 | 2 | CUIDADOR DOMICLIARIO NOCHE                         | \$ 3.060.940,00 | DURAN DE SAAVEDRA LIVIA              | CC | 28370690    |
| 5.1.76 | 105112999 | 2 | CUIDADOR DOMICLIARIO NOCHE                         | \$ 1.974.800,00 | DELGADO VDA DE DAZA EVANGELINA       | CC | 28391089    |
| 5.1.77 | 105113013 | 7 | CUIDADOR DOMICILIARIO 24 HORAS                     | \$ 2.907.800,00 | VASQUEZ DE REYES ROSATILIA           | CC | 28051461    |
| 5.1.78 | 105113209 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO               | \$ 1.600.000,00 | MONTEALEGRE HERNANDEZ ANGIE KARIMEN  | TI | 96101509912 |
| 5.1.79 | 105113212 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.600.000,00 | GARCIA CORDERO CAMILO ARTURO         | CC | 1019073746  |
| 5.1.80 | 105456738 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.600.000,00 | BENITEZ JIMENEZ HILARY JEANDRY       | TI | 1000596787  |
| 5.1.81 | 105456739 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.600.000,00 | ZAPATA MONTENEGRO JUAN DIEGO         | RC | 1021397208  |
| 5.1.82 | 105456740 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.600.000,00 | ARZUZA RESTREPO LUCIANA SOFIA        | RC | 1011095048  |
| 5.1.83 | 105456741 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.600.000,00 | SUSA BONILLA LUISA MARIA             | TI | 1002752290  |
| 5.1.84 | 105456742 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.600.000,00 | BRAVO ZAMBRANO LINDA                 | CC | 53003395    |
| 5.1.85 | 105456744 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 6 HORAS       | \$ 1.100.000,00 | GIRALDO HOYOS KAREN ELENA            | TI | 1000035827  |
| 5.1.86 | 105456747 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO               | \$ 1.600.000,00 | FORERO SANABRIA ENRIQUE              | TI | 1000794682  |
| 5.1.87 | 105456756 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.600.000,00 | ROJAS GARCIA JUAN FELIPE             | TI | 1000517868  |
| 5.1.88 | 105456758 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.600.000,00 | JARA AYALA SAMUEL ARTURO             | RC | 1014978004  |
| 5.1.89 | 105456796 | 2 | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO NOCHE | \$ 2.863.460,00 | QUINTERO VDA DE GOMEZ MARIA BERNARDA | CC | 27990736    |
| 5.1.90 | 105456900 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO 8 HORAS       | \$ 1.600.000,00 | ABADIA ACERO ANA SOFIA               | RC | 1021633652  |
| 5.1.91 | 105456952 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO               | \$ 1.600.000,00 | FERNANDEZ ACEVEDO CRISTIAN DAVID     | CC | 1019033008  |
| 5.1.92 | 105456955 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO TIEMPO COMPLETO               | \$ 1.600.000,00 | RODRIGUEZ ARRIETA JUAN MANUEL        | RC | 1025062582  |

|         |           |   |   |                 |                                   |    |            |
|---------|-----------|---|---|-----------------|-----------------------------------|----|------------|
| 5.1.93  | 105456956 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | VARGAS SARMIENTO<br>SANTIAGO      | RC | 1034665721 |
| 5.1.94  | 105456959 | 2 | AUXILIAR<br>TERAPAUTICO TIEMPO<br>COMPLETO  | \$ 1.600.000,00 | TORRES AGUIRRE CAMILO<br>ANDRES   | RC | 1012366286 |
| 5.1.95  | 105457016 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | BECERRA CARVAJALINO<br>ALEJANDRO  | TI | 1000372486 |
| 5.1.96  | 105457017 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | PERALTA PRIETO SERGIO<br>MAURICIO | CC | 1020748584 |
| 5.1.97  | 105457018 | 1 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | AVILA ARJONA SIMON                | TI | 1000612489 |
| 5.1.98  | 105457041 | 2 | CUIDADOR<br>DOMICLIARIO NOCHE   | \$ 2.863.460,00 | TEJADA DE ORDOÑEZ LYA<br>RAQUEL   | CC | 27915593   |
| 5.1.99  | 105457093 | 1 | ACOMPANIAMIENTO 24<br>HORAS   | \$ 3.742.740,00 | MIRANDA AVILA ANTONIA<br>JOSEFA   | CC | 26655708   |
| 5.1.100 | 105457130 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | BRAVO ZAMBRANO LINDA              | CC | 53003395   |
| 5.1.101 | 105457131 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | ROJAS GARCIA JUAN FELIPE          | TI | 1000517868 |
| 5.1.102 | 105457132 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | PORRAS LOPEZ CRISTIAN<br>FERNANDO | TI | 1000048735 |
| 5.1.103 | 105457133 | 2 | AUXILIAR<br>TERAPEUTICO TIEMPO<br>COMPLETO  | \$ 1.600.000,00 | GARCIA CORDERO CAMILO<br>ARTURO   | CC | 1019073746 |
| 5.1.104 | 105457135 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | FORERO SANABRIA ENRIQUE           | TI | 1000794682 |
| 5.1.105 | 105457206 | 1 | SERVICIO DE<br>INTERNADO EN CERES<br>PARA TRATAMIENTO<br>ESPECIAL QUE INCLUYE<br>ACOMPANIAMIENTO<br>PERMANENTE POR<br>AUXILIAR DE<br>ENFERMERIA | \$ 1.170.588,00 | NEIRA VILLAMIZAR GERMAN<br>ALONSO | CC | 79941023   |
| 5.1.106 | 105457303 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | GORDILLO OYOLA CAMILO             | RC | 1014483134 |
| 5.1.107 | 105457304 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | VARGAS SARMIENTO<br>SANTIAGO      | RC | 1034665721 |
| 5.1.108 | 105457307 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | SUSA BONILLA LUISA MARIA          | TI | 1002752290 |
| 5.1.109 | 105457311 | 1 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO   | \$ 1.600.000,00 | BAYONA GUERRERO JUAN<br>PABLO     | RC | 1019842923 |
| 5.1.110 | 105457324 | 1 | ACOMPANIAMIENTO<br>TUTORIAL   | \$ 3.000.000,00 | ROMERO LOZANO DAVID<br>GUILLERMO  | RC | 1097492392 |

|         |           |   |   |                 |  |    |            |
|---------|-----------|---|---|-----------------|--|----|------------|
| 5.1.111 | 105624627 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO 8<br>HORAS              | \$ 1.600.000,00 | ZAPATA MONTENEGRO JUAN<br>DIEGO        | RC | 1021397208 |
| 5.1.112 | 105624684 | 1 | AUXILIAR<br>TERAPAUTICO TIEMPO<br>COMPLETO                      | \$ 1.600.000,00 | TORRES MORENO GUSTAVO<br>ADOLFO        | CC | 80037236   |
| 5.1.113 | 105624686 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO                         | \$ 1.100.000,00 | GIRALDO HOYOS KAREN<br>HELENA          | TI | 1000035827 |
| 5.1.114 | 105624694 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO                         | \$ 1.600.000,00 | BAQUERO MILLAN SARAH<br>SOFIA          | RC | 1034577484 |
| 5.1.115 | 105624695 | 1 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO                         | \$ 1.600.000,00 | PRADA CASTIBLANCO JUAN<br>ANDRES       | RC | 1014871257 |
| 5.1.116 | 105624738 | 2 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO 8<br>HORAS              | \$ 1.600.000,00 | PORRAS LOPEZ CRISTIAN<br>FERNANDO      | TI | 1000048735 |
| 5.1.117 | 105835032 | 2 | CUIDADOR<br>DOMICILIARIO POR<br>AUXILIAR DE<br>ENFERMERIA NOCHE | \$ 2.971.660,00 | CASTILLO BUENO ISABEL                  | CC | 27913067   |
|         |           | 3 | CUIDADOR<br>DOMICILIARIO POR<br>AUXILIAR DE<br>ENFERMERIA DIA   | \$ 2.758.630,00 |  |    |            |
| 5.1.118 | 106074426 | 4 | ENFERMERA ESPECIAL<br>TURNO COMPLETO 12<br>HORAS                | \$ 149.800,00   | HITSCHERICH DE FERNANDEZ<br>ELSA MARIA | CC | 28599465   |
| 5.1.119 |           | 5 | ENFERMERA ESPECIAL<br>TURNO DE 24 HORAS                         | \$ 149.800,00   |  |    |            |
| 5.1.120 | 106074720 | 3 | CUIDADOR<br>DOMICILIARIO 24<br>HORAS                            | \$ 2.814.000,00 | PEREZ SALOME                           | CC | 37794621   |
| 5.1.121 | 106074722 | 2 | CUIDADOR<br>DOMICILIARIO 24<br>HORAS                            | \$ 2.814.000,00 | ROMAN GONZALEZ JOSE<br>ANTONIO         | CC | 13810790   |
| 5.1.122 | 106075279 | 1 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO 8<br>HORAS              | \$ 1.597.600,00 | PRADA CASTIBLANCO JUAN<br>ANDRES       | RC | 1014871257 |
| 5.1.123 | 106075284 | 1 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO 8<br>HORAS              | \$ 1.597.600,00 | AVILA ARJONA SIMON                     | TI | 1000612489 |
| 5.1.124 | 106075285 | 1 | AUXILIAR TERAPEUTICO<br>TIEMPO COMPLETO 8<br>HORAS              | \$ 1.590.500,00 | GOMEZ CASTRO ANA MARIA                 | RC | 1141516738 |
| 5.1.125 | 106434719 | 3 | CUIDADOR<br>DOMICILIARIO 12<br>HORAS                            | \$ 1.219.400,00 | HERRERA ARGUELLO THOMAS<br>SANTIAGO    | RC | 1097108369 |

**5.2.** La cobertura de los servicios objeto de esta demanda fueron el resultado de órdenes judiciales adoptadas en el trámite de tutela.

**5.3.** EPS Sanitas autorizó el suministro y/o provisión de los **los servicios** objeto de esta demanda con alguna de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS de su red de prestadores para cumplir tales órdenes, o autorizó al prestador ordenado por el juez.

**5.4.** 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 de los mismos para efectos de su cancelación.

**5.5.** **EPS Sanitas**, pagó efectivamente a las IPS autorizadas las aludidas facturas de venta.

**5.6.** Debido a que los servicios de **acompañamiento permanente (Cuidador- auxiliar de enfermería y suministro de hogares sustitutos para el cuidado de adultos mayores y pacientes con enfermedades discapacitantes y/o en fase terminal, con acompañamiento adicional)** no se encontraban incluidos en el POS, EPS Sanitas, procedió a radicar las correspondientes solicitudes de recobro ante el Consorcio administrador del Fosyga en representación del Ministerio de Salud y Protección Social., teniendo en cuenta los requisitos exigidos en el ordenamiento jurídico.

**5.7.** 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: MYT 02 (Formato de solicitud de recobro, ordenadas por fallo de tutela).

**5.8.** Con arreglo a dichos formatos, EPS Sanitas presentó al consorcio administrador del Fosyga en representación del Ministerio de Salud y Protección Social las **ciento veinticuatro (124)** solicitudes de recobro, que corresponden a **ciento veintiséis (126)** ítems, unificados por usuario, junto con los correspondientes soportes, lo cual se efectuó conforme al procedimiento administrativo especial de recobro.

**5.9.** Pese a que se trató de servicios médicos no incluidos en el POS, cuya prestación obedeció a órdenes judiciales, el Ministerio de Salud y Protección Social, representado por el Consorcio Administrador del Fosyga, glosó los recobros reclamados con fundamento en las causales: *“1-03: os valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga”<sup>1</sup>* y *“6-01: La tecnología en salud recobrada está incluida en los planes de beneficios vigentes para la fecha de prestación”*.

**5.10.** Las glosas impuestas implican que para el demandado, los servicios recobrados corresponden a servicios incluidos en el POS, que fueron costeados por la UPC, conforme a lo indicado por la parte demandada en la Nota Externa 201433200296233, en los antecedentes fácticos, literal b., Asimismo, la definición del POS y de la UPC, se encuentran radicadas legalmente en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social.

**5.11.** El Consorcio Administrador del Fosyga, informó a EPS Sanitas el resultado de la auditoría mediante la comunicación que se relaciona a continuación:

---

<sup>1</sup> Así se puede constatar en la Nota Externa 201433200296233 del 10 de noviembre de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social en la cual se señaló: “b. En el ordenamiento jurídico vigente hasta el 31 de diciembre de 2013 no existía causal de glosa específica (SIC) relacionada con las prestaciones excluidas del POS o prestaciones que no pueden ser financiadas por el SGSSS, razón por la cual, la firma encargada de adelantar la auditoría en su momento, impuso de manera general, alguna de las siguientes causales de glosa *“Cuando los valores objeto de recobro ya han sido pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)”*, *“Cuando los valores objeto del recobro ya han sido pagados por el Fosyga o se encuentren en el plan de beneficios”*, *“Cuando como consecuencia del Acta del Comité Técnico-Científico o fallo de tutela se incluyan prestaciones contenidas en los planes de beneficios”*.”



| Bases       | Comunicaciones    | Fecha          |              |                   |
|-------------|-------------------|----------------|--------------|-------------------|
|             |                   | Comunicaciones | Recibido EPS | Autorización pago |
| MYT04555221 | UTF-2014-OPE-7312 | 15-07-2015     | 16-07-2015   | 1-07-2015         |

5.12. Los **ciento veinticuatro (124)** recobros que son objeto de la presente demanda representan un derecho económico a favor de mi representada que asciende a la suma de **DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$245.762.342).**

5.13. Con la negativa del Ministerio de Salud y Protección Social, notificada por el Consorcio Administrador del Fosyga a cancelar los recobros materia de la presente demanda se puso fin a la actuación administrativa correspondiente y se agotó el requisito de procedibilidad de la reclamación administrativa.

5.14. Los archivos físicos y los soportes administrativos de 9 recobros con 10 ítems que se reclaman a través de la presente demanda, no se encuentran en poder de mi representada y reposan en el ente accionado, con ocasión del pago parcial que recae sobre estos recobros los cuales se relacionan a continuación:

| No     | No. Radicado Fosyga (MYT 01/02) | No. ítem | Clasificación del Servicio entregado                   | Valor de Recobro | Nombre                              | Tipo de documento |                |
|--------|---------------------------------|----------|--|------------------|-------------------------------------|-------------------|----------------|
| 5.14.1 | 103268838                       | 1        | AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>CUIDADOR DOMICILIARIO<br>DIA | \$ 824.600,00    | GARCIA MARQUEZ<br>GUSTAVO ADOLFO    | CC                | 3797064        |
| 5.14.2 | 103268988                       | 4        | CUIDADOR DOMICILIARIO<br>24 HORAS                      | \$ 2.626.400,00  | VASQUEZ DE REYES<br>ROSATILIA       | CC                | 28051461       |
| 5.14.3 | 103659261                       | 1        | AUXILIAR DE ENFERMERIA<br>CUIDADOR DOMICILIARIO<br>DIA | \$ 1.681.260,00  | GARCIA MARQUEZ<br>GUSTAVO ADOLFO    | CC                | 3797064        |
| 5.14.4 | 105112670                       | 3        | CUIDADOR DOMICILIARIO<br>24 HORAS                      | \$ 2.907.800,00  | JAIMES DE MORA<br>TERESA            | CC                | 27933358       |
| 5.14.5 | 105112772                       | 3        | CUIDADOR DOMICILIARIO<br>12 HORAS                      | \$ 1.453.900,00  | HERRERA ARGUELLO<br>THOMAS SANTIAGO | RC                | 10971083<br>69 |
| 5.14.6 | 105113013                       | 7        | CUIDADOR DOMICILIARIO<br>24 HORAS                      | \$ 2.907.800,00  | VASQUEZ DE REYES<br>ROSATILIA       | CC                | 28051461       |

|        |           |   |   |                 |   |    |                |
|--------|-----------|---|---|-----------------|---|----|----------------|
| 5.14.7 | 106074426 | 4 | ENFERMERA ESPECIAL<br>TURNO COMPLETO 12 HORAS | \$ 149.800,00   | HITSCHERICH DE<br>FERNANDEZ ELSA<br>MARIA | CC | 28599465       |
|        |           | 5 | ENFERMERA ESPECIAL<br>TURNO DE 24 HORAS       | \$ 149.800,00   |   |    |                |
| 5.14.8 | 106074720 | 3 | CUIDADOR DOMICILIARIO<br>24 HORAS             | \$ 2.814.000,00 | PEREZ SALOME                              | CC | 37794621       |
| 5.14.9 | 106434719 | 3 | CUIDADOR DOMICILIARIO<br>12 HORAS             | \$ 1.219.400,00 | HERRERA ARGUELLO<br>THOMAS SANTIAGO       | RC | 10971083<br>69 |

5.15. El 7 de octubre de 2015, se efectuó por segunda vez la reclamación contentiva de estas pretensiones con destino al Ministerio de Salud y Protección Social, bajo el radicado interno CJ 5886-15 y con sello de recibido por parte de la accionada: 201542301800042.

5.16. Respecto a la segunda reclamación, el ente accionado dio respuesta a lo reclamado mediante escrito radicado bajo el número: 201533101985031.

5.17. El suministro de los servicios enunciados, ha significado para mi representada un desgaste económico relacionado con la gestión de los mismos, debiendo contar con una estructura administrativa superior para efectos de lograr su atención, gastos que no fueron previstos por la EPS y que generan un perjuicio.

5.18. Para la prestación y/o suministro de los servicios que originaron los trámites administrativos y judiciales de los **ciento veinticuatro (124)** recobros, la EPS, se vio obligada a desplegar unos gastos de índole administrativos adicionales que no debía soportar y que no se encontraban contenidos dentro de los presupuestos técnicos-financieros de la UPC.

5.19. Los gastos administrativos aludidos en el hecho anterior se vieron concretados en todo el despliegue de personal, locativo, logístico y técnico-científico que permitiera a la EPS, poder cumplir las órdenes contenidas en los fallos de tutela y en las autorizaciones de CTC, que desbordaban financieramente las estimaciones actuariales de la UPC.

5.20. El Ministerio de Salud y Protección Social, en el marco de la nota externa No. 201433200296233 de fecha 10 de noviembre de 2014 ( posterior a la fecha de prestación de servicios a los que se refiere esta demanda), mediante la cual se dispuso el reconocimiento y pago de exclusiones del POS cuyos servicios que no pueden ser financiados con recursos del Sistema General de Seguridad Social en sede administrativa, incluyó los servicios de cuidador o acompañamiento como los reclamados en la presente demanda.

5.21. Mediante la nota externa mencionada, el órgano demandado impone por primera vez para el reconocimiento del recobro, que el servicio haya sido proporcionado a un usuario por decisión judicial (fallo en acción de tutela).

5.22. A pesar de la disposición contenida en la nota externa en mención, EPS Sanitas, como le es debido atendió el criterio científico del médico tratante que prescribió los servicios de

acompañamiento objeto de reclamación.

**6. FUNDAMENTOS DE DERECHO DE LA DEMANDA.**

Como fundamentos de derecho y en vista de la dispersión normativa que impera en los asuntos relativos a recobros, me permito realizar un recuento desde diversas fuentes incluidas en el ordenamiento jurídico, teniendo en cuenta que algunas normas pueden estar derogadas, pero haber estado vigentes al momento de la reclamación de los servicios reclamados:

| LEYES            |   |
|------------------|---|
| Ley 100 de 1993  | Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones   |
| Ley 1122 de 2007 | Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud  |
| Ley 1393 de 2010 | Por la cual se definen las rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re-direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones |
| Ley 1438 de 2011 | Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones   |
| 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  |
| Ley 1751 de 2015 | Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones  |

| DECRETOS                 |   |
|--------------------------|---|
| Decreto 1283 de 1996     | Por el cual se reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud  |
| Decreto 806 de 1998      | Precisa tema de atención No POS- (Art. 30 y 31)   |
| Decreto 783 de 2000      | Define atención inicial de urgencias.   |
| Decreto Ley 1281 de 2002 | Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Decreto 4747 de 2007    | Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones |
| Decreto Ley 019 de 2012 | Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública   |
| Decreto 1865 de 2012    | Por el cual se reglamenta el artículo 122 del Deceto- Ley 019 de 2012.   |
| Decreto 347 de 2013     | Por el cual se reglamenta el inciso 4° del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013.   |
| Decreto 3045 de 2013    | Por el cual se establecen unas medidas para garantizar la continuidad en el aseguramiento y se dictan otras disposiciones  |

| RESOLUCIONES                 |  |
|------------------------------|--|
| Resolución 5261 de 1994      | Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud   |
| Resolución 5061 de 1997      | Reglamentó los Comités Técnico Científicos dentro de las EPS, ARS e IPS.   |
| Resolución No. 2312 de 1.998 | Reglamentó el recobro de medicamentos autorizados por los CTC de las EPS, ARS y entidades adaptadas  |
| Resolución 2816 de 1998      | Atención de Urgencias- Modifica Art. 10 de la Res. 5261 de 1994  |
| 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 087 de 2004       | Concede plazo para la conformación de los Comités Técnico Científicos al interior de las EPS, ARS e IPS  |
| 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 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 auditoría 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 3047 de 2008  | Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007  |
| 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 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 4377 de 2010   | Modificó las Resoluciones 3099 y 3754 e incluyó disposiciones relacionadas principalmente con el recobro de medicamentos   |
| Resolución 20 de 2011     | Por la cual se modificó la Resolución 1089 de 2011, modificada a su vez por la Resolución 1383 de 2011   |
| Resolución 1383 de 2011   | 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 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 admisión de las solicitudes de recobros, así como las causales de glosa.   |
| 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.  |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Resolución 2977 de 2012 | Por la cual se definen los términos, requisitos, formatos y períodos de radicación de que trata el artículo 5° del Decreto número 1865 de 2012   |
| 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.   |
| Resolución 832 de 2013  | Por la cual se definen los términos, requisitos, formatos, períodos de radicación y criterios de evaluación de los recobros y reclamaciones de que trata el Decreto 347 de 2013.                                       |
| Resolución 3778 de 2013 | Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012, modificada por la Resolución número 4251 de 2012 y se dictan otras disposiciones   |
| Resolución 5395 de 2013 | Por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y se dictan otras disposiciones  |
| Resolución 5521 de 2013 | Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)   |
| Resolución 5926 de 2014 | Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la Resolución 5521 de 2013  |
| Resolución 0718 de 2015 | Por la cual se autoriza el ajuste por IPC para los precios de los medicamentos regulados en las Circulares 04, 05 y 07 de 2013 y 01 de 2014, de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos |

| ACUERDOS                  |   |
|---------------------------|---|
| Acuerdo 008 de 1994 CNSSS | Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud. |
| Acuerdo 83 de 1997        | Estableció el Manual de medicamentos incluidos en el POS.   |
| Acuerdo 228 de 2002       | Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones           |

|                     |  |
|---------------------|--|
| Acuerdo 226 de 2002 | Por el cual se incluye el uso de una tecnología dentro de las prestaciones que componen el Plan Obligatorio de Salud/Servicios de Radioterapia con Acelerador lineal para la teleterapia con fotones   |
| Acuerdo 236 de 2002 | Por el cual se modifica parcialmente el Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.   |
| Acuerdo 254 de 2004 | Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2004 y se dictan otras disposiciones/ Carga viral para VIH y Stent coronario no recubierto (Inclusión) |
| Acuerdo 259 de 2004 | Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2004 y se dictan otras disposiciones/ Carga viral para VIH y Stent coronario no recubierto (Inclusión) |
| Acuerdo 260 de 2004 | Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.  |
| Acuerdo 282 de 2004 | Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2005 y se dictan otras disposiciones.  |
| Acuerdo 289 de 2005 | Por medio del cual se aclara la cobertura de servicios en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado   |
| Acuerdo 302 de 2005 | Por medio del cual se incluyen unas prestaciones en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado/ Mallas para hernioplastia (Inclusión)  |



|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Acuerdo 313 de 2005            | Por medio del cual se incluye una prestación en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado/ Colecistectomía laparoscópica (Inclusión)  |
| Acuerdo 336 de 2006            | Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones. |
| Acuerdo 008 de 2009 de la CRES | Por el cual se corrigen aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado   |
| Acuerdo 014 de 2010 de la CRES | Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009   |
| Acuerdo 025 de 2011 de la CRES | Por el cual se realizan algunas inclusiones en el Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado   |
| Acuerdo 029 de 2011 de CRES    | Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud  |

  

| NOTA EXTERNA                                |                          |
|---|--------------------------|
| 201433200296233 del 10 de noviembre de 2014 | Divergencias recurrentes |

**7. RAZONES DE DERECHO.**

**7.1 LA ACTUACIÓN ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE RECOBRO.**

La presente demanda se enmarca en el contexto del sistema de autorizaciones para la cobertura de servicios de salud excluidos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS), erogaciones cuya cobertura son inicialmente cubiertas por las Entidades Promotoras de Salud, y que finalmente se asume con cargo al **Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga**.

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 entonces 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 para la fecha en que se suministraron los servicios por el Consorcio administrador del Fosyga, 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 se pretende hacer efectivo mediante la presente demanda 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 cumplimiento de las determinaciones jurisdiccionales correspondientes, el **Ministerio de Salud y 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 y la prestación de servicios 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, hoy Comisión de Regulación en Salud, de conformidad con los artículos 218 de la Ley 100 de 1993, 1 del Decreto Reglamentario 1283 de 1996 y Ley 1122 de 2007.

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 en un primer momento con 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. 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.

Con posterioridad, la administración del encargo fiduciario del FOSYGA fue delegado al Consorcio SAYP-2011, el cual está conformado por la Fiduprevisora S.A. y Fiducoldex S.A.

Por su parte, el funcionamiento del **Fosyga** está regulado por el Decreto Ley 1281 de 2002 y los decretos ordinarios 1283 de 1996, 50 de 2003, 2280 y 3260 de 2004.

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 Obligada 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 est   sometida por el régimen jurídico a este requisito.

Para acatar la orden impartida por la Corte Constitucional, el entonces **Ministerio de la 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 los **demandados** 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 del ente **demandado** 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 resolución vigente a la presentación de los recobros.
- 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 un (1) año, contado 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
- En cualquiera de los dos (2) eventos señalados, la EPS debe 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.
- 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 debe 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.

Para tornar más grave la situación descrita, hasta la fecha el ordenamiento resulta 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 al **Consortio** 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.

## **7.2 LA GLOSA IMPUESTA.**

### **7.2.1 Los servicios y medicamentos reclamados no se encuentran incluidos en el POS:**

El derecho al recobro de las prestaciones que se pretenden, surge en primer lugar de la taxatividad de los beneficios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud y en segundo lugar, de la consecuente falta de inclusión de los que son objeto en la presente demanda en él, razón por la cual, no se encuentran calculados en la UPC, y su reconocimiento y pago por parte de la EPS al prestador del servicio generó un perjuicio patrimonial que ésta no debe soportar.

El artículo 90 de la Constitución Política de Colombia contiene la cláusula general de responsabilidad del Estado, según la cual, éste responderá por los daños antijurídicos que le sean imputables por su acción u omisión; regla que resulta aplicable al proceso bajo estudio, en atención a que es una norma de aplicación amplia y que no es del resorte exclusivo de los procesos que se surten ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo. La indemnización de los perjuicios que se causan en el ejercicio de la función administrativa, ya sea por parte de la administración o por un particular que ejerce función pública o administrativa, puede ser reclamada ante cualquier jurisdicción a la cual le sea atribuido el conocimiento del caso en particular. Indica el citado artículo que:

**“ARTICULO 90.** El Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas.

En el evento de ser condenado el Estado a la reparación patrimonial de uno de tales daños, que haya sido consecuencia de la conducta dolosa o gravemente culposa de un agente suyo, aquél deberá repetir contra éste.”

Desde la perspectiva de esta disposición y del desarrollo de la responsabilidad civil y estatal, se ha establecido como regla general que cuando el patrimonio de una persona (natural o jurídica) resulta disminuido por la actividad del Estado y dicha aminoración no se encuentre normativamente justificada o que quien la sufre no está en la obligación de soportarla, éste (el Estado) deberá proceder a indemnizar los perjuicios causados, restableciendo el patrimonio de la víctima, dejándola en la misma situación que se encontraba antes de sufrirlos, o al menos, en la situación más cercana a ello.

Esta regla constitucional, se concatena con una de carácter legal, que se encuentra regulada en el artículo 16 de la Ley 446 de 1998, norma que establece lo siguiente:

**“ARTÍCULO 16.** Valoración de daños. Dentro de cualquier proceso que se surta ante la Administración de Justicia, la valoración de daños irrogados a las personas y a las cosas, atenderá los principios de reparación integral y equidad y observará los criterios técnicos actuariales.”

En este sentido, resulta jurídicamente viable afirmar que mí representada cuenta con el derecho adjetivo a acudir a la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Laboral, a reclamar el derecho económico que representan los recobros que fueron negados en forma infundada por la demandada.

Respecto al derecho reclamado, se cuestionan los resultados de la actividad del administrador del encargo fiduciario del Fosyga, que corresponden a la materialización de las directrices impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales se concretaron en una serie de perjuicios cuya indemnización se persigue en la presente demanda.

Precisamente, con la presente demanda se pretende la indemnización de los perjuicios que se derivaron del resultado de la actuación administrativa iniciada por EPS Sanitas., en la cual, esta Empresa reclamó administrativamente de conformidad con el procedimiento especial establecido, su derecho al reconocimiento y pago de las erogaciones que asumió por la prestación de servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), los cuales fueron negados por el administrador del Encargo Fiduciario del Fosyga, atendiendo las políticas impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, sin incluir sustento jurídico alguno en el cual fundamente su posición de que los mismos se encuentran incluidos en el POS. Lo anteriormente expuesto implica que su negación no se sustentó en normas jurídicas, tal y como debió hacerlo.

Como se demostrará a continuación, la operación que debió adelantarse en la calificación de los recobros reclamados por EPS Sanitas, debió ceñirse estrictamente a la verificación de los servicios cuyo reconocimiento y pago exigía la EPS en las normas que desarrollan el POS, y su inclusión o no en él, lo cual le permitiría determinar si el recobro era o no procedente.

La desatención por parte del Ministerio de Salud y Protección Social de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud generan una obligación cuyo acreedor es mi representada y que sitúa como deudor a la parte demandada, la cual está comprendida por el derecho económico que le fue negado, incluyendo accesorios como lo son la pérdida del poder adquisitivo constante del dinero que no percibió en el momento respectivo, los gastos administrativos que asumió para efectos de brindar la prestación del servicio al cual no estaba constitucional y legalmente obligada a brindar, las sumas asumidas para lograr el cobro de los mismos en sedes extrajudicial y judiciales y la pérdida del rendimiento económico que generan las sumas de dinero.

Teniendo en cuenta que la prestación del servicio público esencial de la salud se encuentra bajo la dirección, orientación, regulación, control y vigilancia del Estado y éste fue delegado por autorización constitucional y legal a las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, su regulación atiende a postulados constitucionales y de derecho administrativo como lo es el principio de legalidad. A su vez, la Ley determinó que la administración de las cotizaciones estaría a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía quien funge como responsable de dicha actividad.

En relación con el principio de legalidad, se puede afirmar que por tratarse Colombia de un Estado Social de Derecho, en el cual, los actos de quienes la integran deben ajustarse al imperio de la Ley, éstos deben atender, en primer término los postulados de la Constitución Política, texto en el cual encontramos la primera cláusula que demarca las reglas de comportamiento a la cual se deben ajustar los particulares y los servidores públicos o los particulares que ejercen función administrativa. Reza la norma citada el siguiente tenor:



**“ARTICULO 6.** Los particulares sólo son responsables ante las autoridades por infringir la Constitución y las leyes. Los servidores públicos lo son por la misma causa y por omisión o extralimitación en el ejercicio de sus funciones.”

Es así como quienes intervienen en las relaciones particulares o privadas sólo encuentran límites para actuar en lo que expresamente les señale el ordenamiento jurídico; contrario a lo que sucede con quienes ejercen función administrativa como lo es la demandada, quienes sólo pueden actuar conforme se lo señalen las normas que regulan su actividad y les está vedado incurrir en las prohibiciones que esta misma les plantee.

La relación que generó obligaciones a favor de mi representada, comporta el carácter de pública dado que se presenta entre una persona ficta de derecho privado (EPS Sanitas) y una entidad que ostenta la calidad de órgano del Estado (Ministerio de Salud y Protección Social) y la misma está relacionada con el ejercicio de las funciones que el ordenamiento jurídico le otorgó al ministerio referido, por lo cual se rige indudablemente por los postulados del derecho público, y por ende, por el principio de legalidad. De igual forma ni la Constitución ni la Ley despojaron dicha actividad de la aplicación de las reglas que imperan el derecho público.

Respecto a las actuaciones que adelanta el Ministerio de Salud y Protección Social, no cabe duda que las mismas se rigen por las normas del derecho administrativo; sin embargo, para agotar cualquier duda que pueda surgir respecto del carácter que ostentan las que adelanta el administrador del encargo fiduciario del FOSYGA, el cual como ya se indicó, es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social<sup>2</sup>, y las cuales penden de las directrices fijadas por éste, me permito citar la sentencia C-510 de 2004, dictada por la Honorable Corte Constitucional en la cual se manifestó que las actuaciones que adelanta dicho encargo, están sometidas al derecho público. Indicó dicha Corporación en la providencia citada que:

*“Al respecto la Corte señala que, como se recordó en los apartes preliminares de esta sentencia, de acuerdo con el artículo 1° del Código Contencioso administrativo<sup>[36]</sup> en lo no previsto en los procedimientos administrativos especiales, y en tanto no sean incompatibles con ellos se aplicarán las normas previstas en el libro I del Código Contencioso Administrativo.*

*Es decir que las previsiones que la actora echa de menos en la norma acusada, respecto de la aplicación o no en este caso de las normas sobre vía gubernativa, o sobre silencio administrativo, han de buscarse no en la norma que acusa sino en las disposiciones del Código Contencioso Administrativo que en tanto no sean incompatibles con la regulación establecida por el legislador extraordinario en materia de reclamaciones ante el Fosyga resulten aplicables.*

(...)

*Ahora bien, cabe resaltar que el trámite a que alude la disposición acusada es de naturaleza pública administrativa pues, a pesar de que, como se advirtiera por las autoridades intervinientes, desde el momento de su creación<sup>[37]</sup> la administración del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- fue asignada a un encargo fiduciario de*

---

<sup>2</sup> Establece el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 “Créase el fondo de solidaridad y garantía, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se manejará por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, de conformidad con lo establecido en el estatuto general de la contratación de la administración pública de que trata el artículo 150 de la Constitución Política.”



carácter privado, es lo cierto que las actuaciones ante su administrador se han de entender sujetas a las normas de derecho público como quiera que aquél cumple funciones administrativas en relación con recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud con los que se atienden obligaciones inherentes al mismo.

**4.2.6** Se concluye entonces que no prospera el cargo presentado por el demandante, por cuanto al hacer un análisis sistemático de la norma, sí existe en el ordenamiento un procedimiento aplicable a las funciones ejercidas por la Superintendencia Nacional de Salud, que además se sujeta a las reglas del debido proceso. De igual manera, tal y como lo regula el Código Contencioso, los actos proferidos por esta autoridad podrán ser objeto de los recursos en vía gubernativa y serán susceptibles de ser atacados ante la jurisdicción.”. (Subrayas propias).

Al estar sometidos los actos y hechos del administrador del encargo fiduciario del Fosyga y los del Ministerio de Salud y Protección Social al derecho público, sus funciones, actuaciones, sus derechos y obligaciones deben estar contenidos el marco normativo que los rige, operando en estos casos la taxatividad de los mismos. Es por esta razón que la negación del reconocimiento y pago de los derechos económicos pretendidos por mi representada y que están vinculados con las sumas resultantes de la prestación de servicios no incluidos en el POS, debe fundarse en reglas jurídicas contenidas en las normas que reglan la actividad.

La anterior afirmación se fundamenta, además de lo enunciado respecto al principio de legalidad y a la taxatividad de las actividades, procedimientos, derechos y obligaciones sujetas al derecho público, en las normas concretas que regulan la actividad, según las cuales los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), son taxativos. Como desarrollo normativo de lo afirmado me permito citar las siguientes reglas, que se han desarrollado a lo largo del tiempo, aclarando que actualmente algunas pueden encontrarse derogadas:

- **Ley 100 de 1993:**

“**ARTICULO 156.** Características básicas del sistema general de seguridad social en salud. El sistema general de seguridad social en salud tendrá las siguientes características:

(...)

c) Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el plan obligatorio de salud; (...)”.

(Subrayas propias)

“**ARTICULO 162.** Plan de salud obligatorio. El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del plan obligatorio de salud que defina el consejo nacional de seguridad social en salud será el contemplado por el Decreto-Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante, el plan obligatorio de salud será similar al anterior, pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente ley.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el consejo nacional de seguridad social en salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.” (Subrayas propias)

**“ARTICULO 172.** Funciones del consejo nacional de seguridad social en salud. El consejo nacional de seguridad social en salud tendrá las siguientes funciones:

1. Definir el plan obligatorio de salud para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado, de acuerdo con los criterios del capítulo tercero del primer título de este libro.

(...)

3. Definir el valor de la unidad de pago por capitación según lo dispuesto en el artículo 182 del presente libro. (...). (Subrayas propias).

- **Resolución 5261 de 1994:**

**“ARTICULO 18.** DE LAS EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. En concordancia con lo expuesto en artículos anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la Ley 100 de 1993, el plan obligatorio de salud tendrá exclusiones y limitaciones que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, incluyendo los que se describen a continuación:

(...)

i. Actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente consideradas en el presente Manual.”

- **Acuerdo 8 del 29 de diciembre de 2009:**

**“ARTÍCULO 10.** Principios para las exclusiones. Los criterios generales de exclusiones explícitas de los Planes Obligatorios de Salud son los siguientes:

1. Elementos, medicamentos y 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. Así mismo, cuando operen listados para otros insumos como prótesis, ortesis, aparatos y aditamentos ortopédicos para una función biológica, no harán parte de los planes de beneficios de cualquiera de los dos regímenes los no incluidos en el listado respectivo, salvo expresión concreta en contrario.”. (Subrayas propias)

- **Acuerdo 29 del 28 de diciembre de 2011:**

“Artículo 9°. Referentes de inclusión. Para efectos del presente Acuerdo el referente de inclusión en el Plan Obligatorio de Salud, no lo causa automáticamente la adopción oficial de las Guías de Práctica Clínica –GPC-, ni los protocolos hospitalarios, sino la inclusión explícita o expresa realizada por la Comisión de Regulación en Salud, previa evaluación de cada tecnología en salud que integra las respectivas guías o protocolos.”

- **Resolución 5521 de 2013:**

“Artículo 2. ESTRUCTURA Y NATURALEZA DEL POS: El Plan Obligatorio de Salud es el conjunto de tecnologías en salud descritas en el presente acto administrativo, que determina a qué tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS-. Se constituye en un instrumento para que las Entidades Promotoras de Salud –EPS- garanticen el acceso a las tecnologías en salud en las condiciones previstas en este acto administrativo.”

“Artículo 4. REFERENTES DE INCLUSIÓN. Las tecnologías en salud que se incluyen en el POS, requieren de un proceso de evaluación de tecnologías –ETES- o de estudio y de la toma de decisión por parte de la autoridad competente.”

Como se puede observar, las normas citadas contienen dos reglas que confirman lo que se sostiene en el presente capítulo; la primera, en relación con la exclusión del POS de todos los servicios que no estén expresamente regulados en el marco normativo que lo regula y la segunda, en relación con la taxatividad de los servicios incluidos; parámetros de interpretación del Plan Obligatorio de Salud que son claros y compatibles.

Ahora bien, en la revisión del marco normativo expuesto no se encuentran enlistados los servicios que se pretenden en la presente demanda, razón por la cual, de la aplicación de las reglas de interpretación del POS señaladas, los mismos no se encuentran incluidos y su reconocimiento y pago es procedente.

Además de lo expuesto, se debe precisar que la definición del POS y el cálculo de la unidad de pago por capitación (UPC) corresponde al Ministerio de Salud y de la Protección Social, por ser esta una

función que le fue atribuida a dicho órgano a través del reglamento.

Se debe mencionar que mediante la Ley 1122 del 2007 se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la cual a su vez, se liquidó mediante el Decreto 2560 de 2012. Dado que entre las funciones de esta comisión estaba la de definir y modificar de los planes de salud (POS) y en vista de su liquidación, dicha función fue trasladada al Ministerio de Salud y Protección Social. Regló el Decreto citado:

“Artículo 26°. Traslado de las funciones. A partir de la vigencia del presente decreto y como consecuencia de la liquidación de la Comisión de Regulación en Salud, trasládense las siguientes funciones al Ministerio de Salud y Protección Social, así:

1. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.”

Por lo anterior, el demandado tiene la carga de aportar los elementos de juicio necesarios que eventualmente confirmen su posición, teniendo en cuenta que estos deben estar contenidos en las normas que regulen el POS y deben preexistir a la negación del derecho de mi representada.

#### **7.2.2 Reconocimiento de servicios a través de la nota externa del Ministerio de Salud y Protección Social del 10 de noviembre de 2014.**

En vista que el presente trámite incluye las causales de glosa: “(i)1-03: Los valores objeto de recobro ya fueron pagados por el Fosyga y “601 La tecnología en salud recobrada está incluida en los planes de beneficios”, respecto de las cuales se hace alusión en la nota externa 201433200296233, se aborda su análisis desde una perspectiva que refuerza la viabilidad de la presente demanda. Los motivos que la sustentan se desarrollan a continuación.

En la citada nota se manifestó:

“En el ordenamiento jurídico vigente hasta el 31 de diciembre de 2013 no existía causal de glosa específica relacionada con las prestaciones excluidas del POS o prestaciones que no pueden ser financiadas por el SGSSS, razón por la cual, la firma encargada de adelantar la auditoría en su momento, impuso de manera general, alguna de las siguientes causales de glosa “Cuando los valores objeto de recobro ya han sido pagados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)” (...) “Cuando como consecuencia del Acta del Comité Técnico-Científico o fallo de tutela se incluyan prestaciones contenidas en los planes de beneficios”. (...) ”.

Por lo anterior, la glosa señalada encuadra en diversas solicitudes de recobro como se señala a continuación.

#### **Nota externa 201433200296233 del Ministerio de Salud y Protección Social:**

En esta nota se definieron divergencias recurrentes, las cuales hacen referencia a diferencias conceptuales que surgen de variadas posiciones entre más de una entidad recobrante y el Ministerio de Salud y Protección Social – Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), respecto de las glosas que por cualquier causa hayan sido aplicadas a las solicitudes de recobro en diferentes período de radicación.

Como sucedió respecto a la nota externa que se analizó en el punto anterior, en esta se acepta el reconocimiento del servicio de **Cuidador** que enlistó en la relación que incluyó y que denominó “Tabla No. 1”.

En esta nota se hace alusión al servicio de cuidador y si bien, esta es posterior a la fecha de prestación de los servicios que nos ocupan en esta demanda, dan cuenta que la definición de la inclusión o no de los mismos en el POS no ha sido pacífica y mucho menos su financiación mediante recursos del Sistema, y por el contrario se ha prolongado hasta la fecha pero aun hoy en día son considerados como servicios NO POS como así lo ratifica la posición asumida por el propio ente accionado.

Ahora bien, pese a que el ente accionado en esta nota señala que para que sea procedente el recobro de los servicios de cuidador estos deben ser el resultado de decisiones judiciales, las cuales gozan de los efectos de la cosa juzgada y son de obligatorio cumplimiento, no se puede desconocer que cuando los servicios se prestan en atención a la orden emanada del CTC, es porque media una prescripción médica en ese sentido que hace pertinente y necesaria la prestación del mismo, sin que pueda entenderse de manera alguna que la EPS pueda cuestionar o impedir la prestación del servicio bajo ninguna circunstancia, toda vez que ello no hace parte de las funciones que le son propias en el esquema del aseguramiento.

Y es que no se puede perder de vista, que es el médico tratante según su experiencia, experticia y criterio científico, el que determina la pertinencia y necesidad del servicio para garantizar el derecho a la vida y la salud de las personas y dicha potestad no le asiste a la EPS, por el contrario muchas veces muy a su pesar se ven forzadas por las implicaciones de posibles incidentes de desacato contra ellas o sus representantes legales. En consecuencia no puede entenderse que el ente accionado promueva para el acceso a la prestación de los servicios la movilización innecesaria del aparato judicial, desconociendo la suficiencia que en si misma debería tener el criterio médico.

Adicionalmente no se observan criterios válidos de diferenciación entre el mismo servicio cuando es ordenado por el ente judicial o es autorizado por el Comité Técnico Científico (en el cual participan profesionales de la medicina), para desconocer el derecho al recobro que le asiste a la EPS por la prestación de servicios no financiados por la Unidad de Pago por Capitación.

Se insiste que si bien la Nota técnica en estudio es posterior a la fecha de prestación de los servicios que nos ocupan, si da cuenta que aún a la fecha, la figura del cuidador continúa siendo considerada como NO financiada por la UPC, posición defendida por mi representada.

**Culpa o negligencia al negar injustificadamente el derecho al recobro de los valores de los servicios de salud que no hacen parte del plan obligatorio de salud –POS-:**

La culpa o negligencia como error de conducta del demandado, se materializa como la imputación del daño, como quiera que las glosas invocadas por la entidad demandada a los recobros objeto de reclamación, son injustificadas, toda vez que los servicios de salud objeto del recobro no forman parte del Plan Obligatorio de Salud – POS y en consecuencia no se encuentran costeados por la UPC reconocida por el Estado a las EPS.

Pese a que no existe argumento jurídico por parte de la demandada, y este tampoco fue expresado por el consorcio administrador para negar el reconocimiento y pago de los recobros objeto de esta demanda, se parte de la afirmación injustificada que los servicios reclamados se encuentran incluidos en el POS, pese a que los servicios sobre los cuales versan los recobros objeto de esta

controversia NO se encontraban incluidos en el POS al momento de la prestación del servicio y mucho menos estaban costeados por la UPC, Es así como la glosa invocada afirma que su pago se efectuó con cargo a dicha prima que la EPS recibe por cada uno de sus usuarios, tal y como se argumentó en los hechos de este libelo.

De conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución, el Estado Colombiano tiene el deber garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos y regular el conjunto de beneficios a que estos tienen derecho, entendiéndose que lo que no está dentro de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud se encuentra a cargo del Estado su cobertura.

En el asunto que nos ocupa, los **servicios de acompañamiento permanente (Cuidador- auxiliar de enfermería y suministro de hogares sustitutos para el cuidado de adultos mayores y pacientes con enfermedades discapacitantes y/o en fase terminal, con acompañamiento adicional)**, NO se encontraban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS al momento de la prestación del servicio y en consecuencia tampoco habían sido financiados con los recursos provenientes de las Unidades de Pago por Capitación, UPC, sin embargo, los mismos fueron autorizados y suministrados a usuarios y beneficiarios de la EPS, por cuanto su prestación resultaba obligatoria, en cumplimiento de las órdenes impartidas en los fallos de Tutela o en atención a las autorizaciones efectuadas por el Comité Técnico Científico, pese a tratarse de prestaciones que se encontraban a cargo del Estado por no haber sido delegadas a la EPS, situación que daba lugar a su recobro ante el **Fosyga**.

Pese a tratarse de servicios NO POS, las solicitud de recobro presentadas en su momento por EPS Sanitas ante el Consorcio administrador del Fosyga, fueron glosadas obstruyendo el derecho al pago que le asistía por autorizar servicios no POS que se encontraban a cargo del Estado, por lo que era su obligación efectuar el pago de las mencionadas prestaciones.

Los recobros objeto de reclamación corresponden a servicios suministrados o como resultado de: (i) La autorización emanada del Comité Técnico Científico, autoridad idónea e imparcial o (ii) como resultado de una orden judicial. Los dos eventos implican la prestación de servicios NO POS.

En cuanto a la orden impartida por el Juez de Tutela mediante el fallo, esta es una decisión judicial de obligatorio cumplimiento tanto para las EPS como para la Nación- Ministerio de Salud y Protección Social.

En ese sentido, la jurisprudencia ha sido enfática al manifestar que “el cumplimiento de fallos judiciales es un imperativo del Estado Social de Derecho, fundamento de la democracia y parte integrante de los derechos fundamentales al debido proceso y de acceso a la administración de justicia”.

Al respecto, la H. Corte Constitucional mediante sentencia T-096 de 2008, de fecha siete (7) de febrero de dos mil ocho (2008), Magistrado Ponente: Doctor Humberto Antonio Sierra Porto, señaló:

*“...el incumplimiento de las sentencias judiciales constituye una trasgresión del derecho fundamental de acceso a la justicia puesto que el reconocimiento de esta garantía en el texto constitucional se encuentra encaminado, como es obvio, no sólo a garantizar la posibilidad de interponer acciones frente a tribunales competentes e imparciales, y a reclamar una decisión sobre las pretensiones debatidas. Adicionalmente **-y cabe anotar que en este punto adquiere sentido la totalidad del proceso judicial agotado- incluye el derecho a obtener cumplimiento de las decisiones consignadas en las sentencias.** De*

*otra forma, se desvanece la legitimidad de la Rama judicial y sus decisiones se convierten en meras proclamaciones sin contenido vinculante*

Como ha sido manifestado a lo largo de esta demanda, el Plan obligatorio de Salud- POS fue definido bajo el esquema de coberturas explícitas o de planes de servicios taxativamente incorporados y bajo ese entendido solamente quedan cubiertos por el Plan aquellos servicios, procedimientos, prestaciones, medicamentos e insumos incorporados en él en forma expresa o taxativa, de manera que las demás prestaciones médico asistenciales están excluidas del mismo.

De esta forma, la cobertura en salud que los afiliados tienen derecho a recibir, en desarrollo del Plan corresponde exactamente a las prestaciones asistenciales y a los beneficios básicos y obligatorios contenidos expresamente en el POS, de manera que tienen un carácter limitado para preservar el equilibrio del Sistema, pues el contenido del plan de beneficios está estrechamente relacionado con los recursos existentes para su financiación.

En consecuencia, la delimitación de la cobertura del Plan Obligatorio de Salud permite que los derechos de los afiliados sean explícitos y, correlativamente, define la responsabilidad de las EPS y les permite priorizar la utilización de los recursos con miras a garantizar su cobertura.

Al respecto la H. Corte Constitucional, sentencias T-689 de 2001 (M.P. Jaime Córdoba Triviño) y T-605 de 2007 (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto), manifestó:

*“ (...) Si el contenido del Plan Obligatorio de Salud fuera ilimitado no habría la más remota posibilidad de garantizarlo a todos los habitantes, ni siquiera en las limitadas condiciones en que hoy se lo hace, pues el imperativo de prestar atención integral conllevaría el agotamiento de los recursos estatales con la sola garantía de ese derecho a mínimos sectores poblacionales (...)*”. (Subrayado fuera de texto).

En el mismo sentido, mediante Sentencia C-112 de marzo 25 de 1998, con Ponencia del Doctor Carlos Gaviria Díaz, esa Honorable Corporación señaló:

*(..) La prestación de los servicios públicos, en este caso de salud, "depende particularmente de la política social diseñada y promovida por el Estado y su capacidad económica y financiera para asumir los costos que demanda la implementación y el funcionamiento del correspondiente sistema". La cobertura e integralidad de la seguridad social, esto es, el cubrimiento de todas las contingencias negativas que afectan la salud y las condiciones y el logro de una especial calidad de vida de la población, necesariamente deben guardar proporcionalidad con las posibilidades económicas del Estado que reduce su actividad a un proceso gradual, al desarrollo de un programa instrumentado por el Estado social de derecho, como se deduce de la normatividad constitucional. Obviamente, el criterio estrictamente económico, no puede esgrimirse como obstáculo para extender la seguridad social a los espacios queridos por el constituyente al diseñar el Estado social de derecho; por consiguiente, lo ideal es que el Estado realice de manera gradual pero sin pausa, los esfuerzos económicos, técnicos y administrativos que se requieren para lograr el principio de la integralidad del sistema... pero ello no significa que el derecho a la seguridad social, pueda ser exigido por los usuarios del sistema más allá de las posibilidades económicas propias de su organización y funcionamiento, esto es, que puedan demandarse prestaciones que excedan su capacidad y que naturalmente no estén amparadas en las cotizaciones que se les exigen a los beneficiarios." (...)*



No obstante, un juez de tutela en aras de salvaguardar la vida y la salud de un afiliado al SGSSS que requiere un servicio de salud excluido de los planes de beneficios, puede inaplicar la norma que eventualmente puede violar derechos fundamentales, al tenor del artículo 29 numeral 6 del Decreto 2591 de 1991 que reza:

*(..) 6. Cuando la violación o amenaza de violación derive de la aplicación de una norma incompatible con los derechos fundamentales, la providencia judicial que resuelva la acción interpuesta deberá además ordenar la inaplicación de la norma impugnada en el caso concreto (...)*

En este orden de ideas cuando el juez de tutela ordena el cubrimiento económico de un servicio de salud excluido de los planes de beneficios o no financiado por la UPC, es claro que está implicando las normas del SGSSS que establecen exclusiones y limitaciones, en consecuencia, con el fin de no afectar el equilibrio económico del SGSSS, la EPS está facultada para repetir contra el Estado el valor de lo sufragado por estos conceptos.

De esta manera, el fallo de tutela se convierte en una orden judicial que no puede ser desconocida por el Ministerio de Salud y Protección Social ni mucho menos por el Administrador del Fosyga, en consecuencia, la glosa invocada sobre los recobros que tienen su origen en un fallo de tutela que ha ordenado la prestación de un servicio de salud excluido de los planes de beneficios, resulta improcedente, toda vez que la orden judicial es de obligatorio cumplimiento no solo para la EPS, también para el Ministerio de Salud y de la Protección Social en representación del Estado, que para el efecto, se encuentra obligado al reconocimiento y pago a la EPS de los servicios que esta debió asumir y que estaban excluidos de los planes de beneficios.

Así las cosas, el Ministerio de Salud y de la Protección Social representada a través del consorcio administrador del Fosyga, no podía válidamente desconocer la orden judicial emanada del juez de tutela que dispuso la prestación del servicio No Pos y en consecuencia el correspondiente reembolso por el valor de su importe.

De igual manera, resulta palmario, a la luz de los fundamentos de hecho y de derecho de la presente demanda, que **EPS Sanitas** no se encontraba obligada a asumir la cobertura económica de servicios de salud no cubiertos por el POS ni a soportar la carga y el perjuicio que esta situación representa, toda vez que para estos eventos se estableció el recobro al FOSYGA, como mecanismo para evitar dicho perjuicio; sin embargo cuando éste se niega a realizar el reembolso y rechaza el reconocimiento y pago de las sumas objeto de recobro por las aquí demandantes, trae como consecuencia un **daño antijurídico**.

### **7.2.3 TEORIA DEL ENRIQUECIMIENTO SIN CAUSA – ACCION IN REVERSO:**

**Detrimento injustificado del patrimonio de EPS Sanitas. Buena fe en su actuar y confianza legítima en el reembolso de los dineros recobrados por la cobertura de servicios NO POS.**

Es del caso involucrar a la presente demanda, la teoría del **Enriquecimiento Sin Causa**,<sup>3</sup> en su calidad de régimen subsidiario de responsabilidad como así lo ha calificado el H. Consejo de Estado en diversa jurisprudencia proferida en la materia, y a pesar que a la fecha no existe posición jurisprudencial para asuntos como el que nos ocupa, sus presupuestos que a continuación se enuncian y desarrollan, se ajustan a la presente actuación de la siguiente forma:

Se caracteriza por tres (3) supuestos a saber:

*Es indispensable que “el desequilibrio patrimonial no tenga una causa jurídica”; que*



*“mediante la pretensión no se eluda o soslaye una norma imperativa” y que “el actor no haya actuado en su propio interés ni haya incurrido en culpa o negligencia 4 ”;*

1. Es evidente que el desequilibrio patrimonial **No tiene una causa jurídica**, pues no existe regulación que conduzca a señalar que las EPS deben soportar la carga de asumir los gastos generados en la cobertura de servicios NO POS, y en consecuencia **No financiados con la UPC**, que son el resultado de las órdenes impartidas en los fallos de tutela y las autorizaciones emanadas del CTC.
2. No hubo por parte de la EPS accionante culpa o negligencia, toda vez que mi representada actuó en cumplimiento de mandatos superiores que señalan que el servicio no POS debe ser cubierto por la EPS, siempre que este ordenado en un fallo de tutela o contenido en una autorización del CTC, y le corresponde al Estado, a través de la entidad accionada, proceder con el reembolso de las sumas cubiertas en los servicios prestados a sus afiliados o beneficiarios.

Así las cosas, el recobro de las sumas de dinero reclamadas por EPS Sanitas, constituye el ejercicio legítimo de los derechos que le asisten por la prestación de servicios en salud que no le fueron delegados y los cuales se vio obligada a asumir en cumplimiento de fallos de tutela u órdenes impartidas por el CTC y que dieron lugar a la afectación de su patrimonio, en consecuencia, la negativa por parte del Estado frente al reconocimiento y pago de las sumas cubiertas por la EPS en estos eventos, obliga a esta última a asumir el costo financiero de lo que no está incluido en el POS, ocasionando su claro empobrecimiento, al tiempo que da lugar al aumento del patrimonio del Estado de forma injustificada, toda vez que por tratarse de servicios no delegados, el único obligado a garantizar la prestación del servicio y asumir su cobertura es el Estado.

Es del caso mencionar que cuando el recobro de servicios NO POS, obedece a autorizaciones emanadas de los Comités Técnico-Científicos, estas son el resultado de la función misma que estos cumplen, mediante la cual se pretende garantizar la atención médico-asistencial de los afiliados y beneficiarios cuando reclaman por hechos de naturaleza asistencial que presuntamente los afecta (Ley 100 de 1993, artículo 188; Resolución 2312 de 1998 expedido por la Ministra de Salud).

En atención a lo anterior, el Comité Técnico Científico luego de realizar un análisis pormenorizado de la Historia Clínica del paciente y las alternativas que se encuentran incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, decide autorizar o negar la cobertura de un procedimiento NO POS. En caso de ser autorizado, la EPS tiene que suministrarlo con cargo a los recursos propios y de sus afiliados y adquiere la potestad de reclamarlos ante la cuenta fiduciaria encargada para tal fin.

Por el contrario, cuando son el resultado de órdenes impartidas en los Fallos de Tutela, mediante los cuales se ordena la prestación de los servicios NO POS, estas no pueden ser desconocidas por el

---

3. El H. Consejo de Estado ha aplicado el principio del no enriquecimiento sin causa como fundamento de la responsabilidad patrimonial del Estado siempre y cuando se reúnan las siguientes exigencias: (i) Existencia de un enriquecimiento de la entidad pública y un correlativo empobrecimiento del demandante que carezca de causas jurídicas, la buena fe en la actuación la inexistencia de otra acción que permita reclamar la indemnización por el menoscabo patrimonial sufrido. Sobre estas bases se ha identificado la procedencia de la actio in rem verso.

4. Consejo de Estado, Sala Contencioso Administrativo – Sección Tercera, 17 de junio de 2007. Expediente 14.669. M.P.: Ramiro Saavedra Becerra:

Ministerio de Salud y de la Protección Social ni mucho menos del Administrador del Fosyga, en consecuencia las glosas invocadas sobre los recobros que son el resultado del cumplimiento de órdenes judiciales resultan a todas luces improcedentes.

Tal y como se ha señalado a lo largo del libelo, para que un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tenga derecho a que el Sistema asuma las coberturas económicas de los tratamientos, procedimientos, suministros y medicamentos, es necesario que los mismos estén contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud POS, ya que éste, delimita la cobertura de los servicios que deben ser brindados por la EPS, entendiendo con ello que lo que se encuentra por fuera del costeo de la UPC, la Entidad no está obligada a brindarlos, quedando a cargo del Estado su prestación en cumplimiento al principio de equilibrio financiero y sostenibilidad del Sistema.

A su vez, los eventos NO POS que son autorizados por la EPS, en cumplimiento a lo ordenado por el Comité Técnico Científico y Fallos de Tutela, se reitera que es deber del Estado con cargo a los recursos del Fosyga su cobertura, por tanto, también es su obligación reembolsar los gastos en que incurre la EPS por la prestación de servicios que fueron suministrados a los afiliados en exceso de su obligación.

Al respecto, el H. Consejo de Estado ha señalado que la relación entre las EPS y el Estado es una relación legal y reglamentaria pues tiene como razón de ser la satisfacción del interés general y que ha sido caracterizada como de “delegación” por la Corte Constitucional, con fundamento en el artículo 177 de la Ley 100 de 1993.

Bajo la perspectiva antes expuesta, el enriquecimiento sin justa causa es fuente directa de las obligaciones en aquellos eventos en que sin existir un acto jurídico, ni un hecho ilícito como tal (toda vez que una de las facultades de los demandados es negar los recobros), existe un patrimonio que se enriquece, en este caso el de la Nación- Ministerio de la Protección Social- FOSYGA a través la Subcuenta de compensación del Régimen Contributivo, a costa de otro que en la misma proporción se empobrece de manera injustificada, en esta ocasión el de EPS Sanitas, razón por la que se debe compensar dicho detrimento para el segundo.

Otro de los presupuestos que enmarca el *Régimen del Enriquecimiento Sin Causa* lo constituye la **Buena Fe**, siendo claro en este caso que la actuación administrativa de EPS Sanitas estuvo enmarcada dentro de dicho principio constitucional, debido a la férrea convicción que los recursos destinados a cancelar los servicios NO POS a favor de sus afiliados, serían reembolsados por el FOSYGA, de conformidad con lo dispuesto en la jurisprudencia constitucional ( sentencias SU- 480 de 1997 y T-760 y C-463 de 2008, entre otras) y las normas que regulan el sistema general de seguridad social en salud, máxime si se considera que el recobro partió de una orden de tutela o de una autorización en sede del CTCs.

Lo anterior generó en la EPS Sanitas una **Confianza Legítima** que a la luz de la jurisprudencia de la Corte Constitucional se traduce en: *“Una proyección de la buena fé que debe gobernar la relación entre las autoridades y los particulares, partiendo de la necesidad que tienen los administrados de ser protegidos frente a actos arbitrarios, repentinos, improvisados o similares del Estado”*<sup>5</sup>

Sin embargo, las condiciones iniciales y las expectativas frente a la atención del Plan Obligatorio de Salud, a la fecha han variado de forma desproporcionada como resultado de las órdenes

---

<sup>5</sup>. Corte Constitucional Sent. T – 472 de 2.009, M.P. Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

impartidas por los jueces de tutela, las autorizaciones emitidas por el CTC y la normativa vigente, situación que ha derivado en una carga insostenible para las EPS y en un grave riesgo para su sostenibilidad y viabilidad, vulnerando así, la confianza que les inspiraba la regulación estatal existente al momento de iniciar su actividad como delegatarias del Estado en materia de Salud.

De otro lado, la **Confianza Legítima** se concatena en forma directa con la **Seguridad Jurídica** no solo frente a la definición clara, precisa y concreta de los contenidos del POS, y en consecuencia de sus exclusiones, sino también frente a la estabilidad del ordenamiento que lo regula, pues desde la expedición de la Ley 100 de 1.993, ha habido una proliferación normativa exagerada que va desde leyes, decretos, pasando por reglamentos, circulares, acuerdos, resoluciones, instructivos y hasta conceptos que terminan alterando en forma dramática el sistema de seguridad social en salud, sin dejar de lado por supuesto los efectos que se han generado por parte de la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de las medidas a adoptar para garantizar la efectividad de los derechos fundamentales de la población.

En relación a la cobertura de servicios de salud, la propia Corte Constitucional <sup>7</sup> ha reconocido la existencia de grandes vacíos, denominados **Zonas grises** que constituyen en muchos casos barreras para el acceso a los servicios de salud por falta de una regulación precisa por parte del Estado. Así mismo, la Corte Constitucional ha indicado que la falta de actualización del POS afecta los derechos fundamentales de los usuarios <sup>7</sup> lo que aunado al tema de las zonas grises ha generado para las EPS una clara **Inseguridad Jurídica** frente a lo que está y no cubierto por el POS.

#### **7.2.4 RESPONSABILIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL.**

El Fosyga (Fondo de solidaridad y Garantía) es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud (hoy de Salud y de la Protección Social) que se manejará por encargado fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal (artículo 218 de la Ley 100 de 1993), esta adscripción implica un control de tutela sobre el funcionamiento del citado fondo en cabeza del entonces Ministerio de la Protección Social.

Al estar el Fosyga adscrito al Ministerio de Salud y de la Protección Social, queda este Ministerio encargado de la Dirección y Control de los recursos depositados en dicho fondo, lo cual implica que el Ministerio de Salud y de la Protección Social es el encargado de la correcta utilización de los recursos que maneja dicho Fondo, siendo este el que direcciona los recursos a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ahora bien, para el caso que nos ocupa, el Ministerio de la Salud y de la Protección Social suscribió contrato de encargo fiduciario No. 00242 de 2005 para la administración del Fosyga con el Consorcio Fidufosyga 2005; quiere decir lo anterior, que el Ministerio de la Protección Social se hace responsable por las actuaciones de quien hubiere contrato para manejar vía encargo Fiduciario el Fosyga.

La dirección y control del Fosyga ésta en cabeza del Ministerio de la Protección Social, lo hace responsable de los daños ocasionados a partir de las fallas o vía de hecho que se hayan materializado por el no pago de los recobros objeto de esta demanda.

Lo anterior en la medida que es el Ministerio de la Protección Social el encargado de velar por el adecuado funcionamiento del Fosyga y a su vez el rector del SGSSS y el encargado de su

---

<sup>6</sup> Sentencia T-760 de 2.008, Corte Constitucional, M.P. Dr. José Cepeda Espinosa.

<sup>7</sup> Sentencia T-025 de 2.006, Corte Constitucional, M.P. Dr. Alfredo Beltrán Sierra.

orientación y regulación en voces del artículo 170 de la Ley 100 de 1993.

Así las cosas, de los fundamentos fácticos y jurídicos esbozados se configura una falla en el servicio (culpa), toda vez que el Ministerio de Protección Social siendo el ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud no vigiló, ni coordinó la glosa incorrecta aplicada a los recobros objeto de la presente demanda.

Como fundamento de la responsabilidad que se predica del entonces Ministerio de la Protección Social, Hoy de Salud y de la Protección Social, el parágrafo 4 del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007, dispone: *“El Ministerio de la Protección Social ejercerá las funciones propias del Consejo de Administración del Fosyga”*, es decir era que era ese Ministerio quien trazaba las directrices y políticas a ejecutar por parte del Consorcio.

Se tiene entonces que la falla en el servicio (culpa), predicable del Ministerio de la Protección Social hoy de Salud y de la Protección Social corresponde al régimen de responsabilidad subjetiva, donde el elemento fundamental para atribuir responsabilidad al Estado es la “culpa de la administración” o mejor la falla en el servicio, que puede ser por acción o por omisión, por extralimitarse en sus funciones o por no cumplirlas. Y como quedo claramente establecido, hay falla en el servicio (culpa) por haber glosado de forma errónea los recobros objeto de la presente demanda en la medida que los servicios de salud prestados no hacen parte del POS-C.

#### **7.2.5 ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE- CUIDADOR:**

La hospitalización domiciliaria es entendida como un conjunto de actividades encaminadas a proveer al paciente asistencia en salud ambulatoria, mediante su transferencia de un hospital al entorno familiar, en aquellos casos donde el paciente necesita cuidado especializado, sin permanecer en una entidad hospitalaria, aunque no se encuentre en condiciones de ser atendido de forma ambulatoria. Su finalidad primordial es mejorar la atención que se le suministra y lograr una utilización más eficiente de los recursos.

Actualmente, la atención domiciliaria se puede presentar de diferentes formas, determinadas por las necesidades de los pacientes. Las más frecuentes son, **atención por profesional de enfermería, hospitalización domiciliaria y cuidado paliativo**, modalidades de atención que han sido generalizadas a escala mundial, de acuerdo con los siguientes principios fundamentales:

El carácter **transitorio** o la **duración limitada** del servicio, por mejoría del paciente, reingreso al hospital y estabilización. De lo contrario, se corre el riesgo de duplicar el tratamiento, ya que la vigilancia y el manejo crónico en el domicilio deben ser responsabilidad de la familia y del Estado.

**La complementariedad de la hospitalización domiciliaria**, frente a la atención suministrada en el hospital, de manera que pierda la condición de sustitutiva.

**La familia como soporte fundamental del modelo**, toda vez que está llamada a asumir parte de la actividad que en el hospital realizan los profesionales. De ella debe provenir la figura del cuidador permanente, capacitado y entrenado por los profesionales de la salud durante un período de tiempo determinado, para asumir el manejo del paciente de forma adecuada.

**Voluntariedad**, ya que esta alternativa de cuidado es una elección discrecional tanto del paciente como de su familia.

En Colombia, este modelo de atención tuvo su inicio en la década de los noventa, con el advenimiento de la apertura económica y la organización del sistema actual de salud. Comenzó en

forma incipiente en el Instituto de Seguros Sociales, pero, por razones económicas y diversas circunstancias de carácter administrativo y de cobertura, fue pronto desestimado. Posteriormente, la **Organización Sanitas Internacional**, en el año 1995, retomó algunos conceptos del mismo y se convirtió en pionera de su desarrollo hasta la fecha, en que ha sido adoptado como guía para estandarizar esta forma de atención.

Diversa literatura sobre la materia ha concluido que en la mayoría de países donde es utilizada, se orienta al cuidado de adultos mayores que necesitan cuidados paliativos; de pacientes con cáncer u otras enfermedades degenerativas terminales, al igual que en el tratamiento de tumores, complicaciones posquirúrgicas, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y SIDA, **por períodos de tiempo determinados**, que bajo ningún criterio deben tornarse indefinidos, pues la transitoriedad es requisito fundamental para su viabilidad. Así, su utilización adecuada reporta claras ventajas frente a la atención hospitalaria tradicional.

Al respecto, la revista Panamericana de Salud Pública, en el año 2001, elaboró un informe especial relacionado con la hospitalización domiciliaria. En el mismo relacionó las siguientes ventajas en su ejercicio:

| Pacientes y sus familias  | Hospital  | Sistema de Salud   |
|---|---|--|
| Mejor atención, participación e interacción familiar, con el consiguiente incremento en la responsabilidad de la familia. | Mayor rentabilidad de los recursos disponibles.   | Incremento de la eficacia y efectividad, mediante una asistencia más humanizada.           |
| Mejor calidad de vida, intimidad y bienestar.   | Aumento en rotación y disponibilidad de camas.  | Uso más eficiente de los recursos de salud.  |
| Asistencia personalizada y más humanizada.  | Reducción de instancias innecesarias.   | Posibilidad de integrar y mejorar las relaciones entre los diversos niveles asistenciales. |
| Fortalece el acompañamiento y la unión familiar.  | Disminución de costos.  |  |
| Menor riesgo de iatrogenia (complicaciones propias del ámbito hospitalario).  | Posibilidad de mejorar la rotación de camas, disminuir los riesgos de infecciones nosocomiales y mejora de la calidad en la atención. |  |

Así las cosas, estas formas de atención reportan beneficios que se ven reflejados en (i) El paciente, en la medida en que mejora su calidad de vida y comodidad, al mantenerlo en su entorno familiar, que constituye el eje fundamental de su recuperación y del manejo de su enfermedad, al tiempo que le permite afrontarla en su entorno y no en un medio ajeno y extraño que puede resultarle en ocasiones hostil. (ii) La familia, pues al encontrarse en su propio entorno, no incurre en gastos adicionales como desplazamiento, alimentación y hotelería, entre otros. (iii) El Sistema de Salud, toda vez que estas modalidades de atención incrementan la disponibilidad de camas en centros hospitalarios, evitan las complicaciones propias del hospital y optimizan los recursos del mismo.

Por su parte el artículo 8 de la Resolución 5261 de 1994, parte del Capítulo I, Disposiciones

Generales, reguló la **asistencia domiciliaria**, entendida como aquella que se brinda en la residencia del paciente, con el apoyo de personal *médico y/o paramédico*, y la participación de su familia. Preciso que debe llevarse a cabo de acuerdo con las **Guías de Atención Integral** establecidas para tal fin.

Se desprende de esta disposición, que el ordenamiento superior solamente se ocupó de definir el concepto de asistencia domiciliaria y responsabilizó al Estado del establecimiento de sus parámetros y lineamientos, por medio de las **Guías de Atención Integral**, que para la fecha de prestación de los servicios no habían sido expedidas.

Por una parte los Acuerdos 08 de 2009 y 29 de 2011, no mejoraron el panorama, toda vez que al referirse a la atención domiciliaria, la definieron como aquella que se brinda en el domicilio o residencia del paciente con el apoyo de profesionales, técnicos y/o auxiliares del área de la salud y la participación de su familia o cuidador, sin suministrar mayores lineamientos.

El Acuerdo 08 en su artículo 28 dispuso, para la cobertura de la atención domiciliaria, que las EPS, **podrían** organizar su atención en su red de servicios como una modalidad de atención que beneficiara a los afiliados y mejorara su calidad de vida, siempre y cuando se asegurara la atención bajo las normas de calidad, adecuadas para el caso y de acuerdo con las condiciones y contenidos del Plan Obligatorio de Salud de cada régimen.

Por otra parte, el artículo 25 del Acuerdo 29 de 2011, señaló que esta modalidad estaría cubierta en los casos que se consideraran pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecidas en la normatividad vigente.

Estas circunstancias forzaron a las Empresas Promotoras de Salud, EPS a elaborar por iniciativa propia guías o protocolos institucionales para el manejo de los pacientes que se encontraban en el programa de hospitalización domiciliaria, de acuerdo con su interpretación particular de las normas y bajo criterios institucionales que podían por tanto diferir de una entidad a otra. En consecuencia, se trata de un panorama que para la fecha de prestación de los servicios no resultaba homogéneo y que impedía el diseño de un modelo de organización que condujera al crecimiento y consolidación del servicio, y que suministrara certeza a los actores que intervenían en el Sistema.

Es así como la **asistencia domiciliaria** contenida en el POS, racionalmente solo previó el apoyo de los profesionales de la salud al paciente cuya atención se suministra en su domicilio, dadas sus condiciones especiales y pertinentes, con la participación activa y permanente de su grupo familiar, bajo criterios de temporalidad, complementariedad y soporte familiar, modelo que indudablemente ha beneficiado a un importante número de usuarios y sus familias, con óptimos resultados, **que no son objeto de recobro por esta EPS**, pero resulta evidente que no contempló la asignación exclusiva y permanente de profesionales y auxiliares de enfermería para la ejecución de actividades básicas cotidianas.

Es por consiguiente la errónea interpretación de la **atención domiciliaria**, la que nos ocupa y es objeto de recobro, a continuación se presentan los aspectos más relevantes de estas modalidades de atención:

❖ **Profesional de Enfermería:**

Tratándose del personal de enfermería, pueden distinguirse dos tipos (i) la (el) enfermera(o), profesional que realiza procedimientos asistenciales, administrativos en el área de la salud, para el bienestar mental, físico, social y psicológico de los pacientes, de manera profesional, al tiempo que organiza y puede delegar en los auxiliares actividades y funciones básicas del cuidado de los pacientes, y (ii) auxiliar de enfermería, responsable de suministrar cuidados básicos, relacionados con la higiene, comodidad y bienestar del paciente, así como referidos a la toma de signos vitales, bajo supervisión del personal profesional de la salud.

En nuestro país, el cuidado de los profesionales de enfermería se suministraba generalmente en forma institucional, en los hospitales. Fue con la aparición del nuevo modelo de salud que introdujo la Ley 100 de 1993, que surgió la necesidad de brindar cobertura no solamente institucional, sino de cuidado en casa, con el apoyo fundamental de la familia, bajo la orientación de un grupo de profesionales, incluidos los enfermeros, que orientaban, educaban e instruían al paciente y los familiares, en el cuidado de aquel.

Empero, con el crecimiento de la población, el aumento de la cronicidad de las enfermedades, y la evolución del Sistema de Salud, se vio la necesidad de ampliar la cobertura de atención de pacientes a cargo del personal de enfermería al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud, que se vieron avocadas a crear protocolos de atención propios, que, a tono con la normatividad vigente, asignaron un determinado número de pacientes (grupos) por cada profesional de enfermería, toda vez que el panorama antes descrito impedía que se les brindara un acompañamiento exclusivo y personalizado a cada uno.

Sin embargo, la ausencia de reglas estatales que se materializa en la falta de guías de atención, sumada al incremento de las expectativas de vida, la aparición de alternativas y/o tecnología médica, que permiten un índice de sobrevivencia mayor a enfermedades fatales, dieron paso al surgimiento de la figura de acompañamiento en casa, que difiere esencialmente del cuidado que proporcionan el profesional o el auxiliar de enfermería, y pone de presente la equivocada concepción dada en la práctica a la modalidad de atención domiciliaria.

Esta figura atípica, se caracteriza por ser indefinida, indeterminada y personalizada, situación que desborda y contradice claramente los principios de la atención domiciliaria. Como consecuencia de órdenes impartidas por diferentes instancias judiciales, las EPS se han visto obligadas a prestar estos servicios con graves dificultades, toda vez que el acompañante permanente y/o auxiliar que se brinda al paciente para el efecto termina a cargo de actividades básicas de la vida cotidiana, ajenas al ámbito médico, al punto de suplir la figura del cuidador familiar, esencial de la atención domiciliaria.

Estas últimas actividades han sido enumeradas y ponderadas por la escala universal de Barthel, que permite determinar el grado de dependencia de los pacientes. Aquellos que según esta clasificación presentan dependencia de leve a total, requieren del apoyo de su familia o de un cuidador familiar permanente, que colabore en su cuidado. Se caracterizan por ser permanente y no tener relación con actividades médico asistenciales propias de la atención médica.

La escala de Barthel Evalúa actividades básicas de la vida diaria y según unas puntuaciones clasifica los pacientes en: (i) Independiente: 100 punto (95 sí permanece en silla de ruedas), (ii) Dependiente leve: mayor de 60 puntos, (iii) Dependiente moderado: 40 a 55 puntos, (iv) Dependiente grave: 20 a 35 puntos, (v) Dependiente total: menor de 20 puntos.



Para el efecto tiene en cuenta las siguientes actividades: (i) Comer, (ii) Lavarse – Bañarse, (iii) Vestirse, (iv) Arreglarse, (v) Deposición, (vi) Micción, (vii) Usar el Retrete, (viii) Traslado al sillón/cama y (ix) Deambulaci3n:

En este punto vale la pena enfatizar que el cuidado de la salud es deber que pesa en primera instancia sobre cada individuo, a quien corresponde desplegar todas las acciones requeridas para su preservaci3n. Solamente cuando ese cuidado no puede ser asumido directamente por la persona (dependencia), la responsabilidad recae en su familia, que constituye la red de apoyo natural y es la primera llamada a proveer al cuidado, atenci3n y apoyo que la persona necesita.

As3 las cosas, el acompañamiento en casa es producto del inadecuado manejo y la equivocada interpretaci3n dada al profesional de enfermer3a, toda vez que el Sistema regul3 el desarrollo de sus actividades y su disponibilidad de forma institucional, para situaciones en las que un determinado grupo de pacientes requiere atenci3n y cuidado especializados.

En el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, MAPIPOS, que sirvi3 durante m3s de una d3cada como gu3a exclusiva para determinar la cobertura del Plan Obligatorio de Salud, POS, se comprueba esta situaci3n, pues asigna el cuidado de enfermer3a a las circunstancias que a continuaci3n se precisan:

Paciente quemado y en la unidad de quemados (Arts. 31 y 41); en la estancia de intermediaci3n (Art. 35); en urgencias (Art. 45); en salas de cirug3a y en salas de recuperaci3n (Arts. 46 y 47); en la unidad de nefrolog3a, (Art. 50); en atenci3n obst3trica (Art. 103), y para dar apoyo en programas de promoci3n y prevenci3n a grupos espec3ficos de hipertensos y diab3ticos; en el crecimiento y desarrollo; en la atenci3n prenatal; de higiene mental; de higiene industrial; salud ocupacional, etc.; en actividades de control y seguimiento, seg3n las Gu3as de Atenci3n Integral. (Art. 52).

Es por consiguiente la err3nea interpretaci3n de la atenci3n domiciliaria, la que ha dado paso a la asignaci3n de personal de enfermer3a para el cuidado exclusivo, prolongado e indeterminado del paciente en su domicilio, de manera que es la enfermera a quien corresponde capacitar y educar a la familia, en especial, al cuidador familiar permanente, de manera que est3 en capacidad de asumir el cuidado y la atenci3n del pariente enfermo y/o con discapacidad, al punto de suplirlo, en sus funciones y responsabilidades y asignar a las EPS una obligaci3n que, a falta de parientes cercanos, corresponde al Estado, como responsable directo de la salvaguarda de la vida de todos los habitantes y garante directo de la protecci3n y promoci3n de los derechos fundamentales de los individuos.

#### ❖ **Acompañamiento permanente o Acompañamiento en Casa a trav3s de cuidador:**

Los pacientes que requieren de cuidado paliativo son porque su estado de salud ya no puede beneficiarse de los tratamientos curativos y generalmente su pron3stico de vida es corto. Es precisamente en estas circunstancias en que el apoyo del entorno familiar, guiado por el trabajo de profesionales de la salud, resulta de vital importancia para el paciente, pues estas actividades le proporcionan paz y comodidad, al tiempo que le ayudan a mejorar su calidad de vida.

En la legislaci3n colombiana, el art3culo 33 de la Resoluci3n 5261 de 5 de agosto de 1994, establece:



“El paciente crónico que sufre un proceso patológico incurable, previo concepto médico y para mejorar su calidad de vida, podrá ser tratado fundamentalmente a nivel de su domicilio, con la participación activa del núcleo familiar.”

Así mismo, el artículo 29 del Acuerdo 08 de 2009, señaló:

“Cobertura de la atención de paciente crónico somático. El paciente crónico somático que sufre un proceso incurable, o con discapacidad que limite su acceso al servicio intramural, previo concepto del profesional tratante, podrá ser tratado en forma integral con el personal profesional, técnico y auxiliar calificado del sector salud, en su domicilio, con la participación activa del grupo familiar o su cuidador”.

En estos términos se asignó a la familia la responsabilidad de cuidador, pues si bien es cierto, que la que recae sobre el núcleo familiar y la de resorte del Sistema de Salud tienen puntos de encuentro, la segunda no reemplaza a la primera. Es por tanto responsabilidad de la familia el acompañamiento de la persona enferma.

En este punto también vale la pena aludir al manejo de los adultos mayores con grados importantes de dependencia, enfermedades crónicas, degenerativas, terminales y/o abandono, cuyas familias no han asumido su responsabilidad de cuidadores por circunstancias económicas o simplemente por incumplimiento de sus deberes frente a los parientes en edad avanzada, han trasladado a las EPS esta responsabilidad, sin que existan políticas ni normas claras que regulen su ejercicio. Estas Entidades se han visto forzadas a responder por estas falencias y han sustituido a la familia y al Estado, mediante prestaciones de estancia geriátrica y/o acompañante permanente.

Se demuestra de esta manera la tarea social que se han visto compelidas a desempeñar las EPS, a pesar de las limitaciones que tienen dentro del Sistema de Salud, que no les permiten prevenir y/o curar todo el universo de las enfermedades. Si bien pueden contribuir al bienestar físico y mental, en estrecha relación con la persona, la familia y la sociedad, mediante programas de educación en salud encaminados a fortalecer el auto-cuidado y hábitos de vida saludables, así como en el desarrollo de actividades de prevención en salud, al tiempo que ejecutar procesos asistenciales para diagnosticar y tratar enfermedades, no deben ni pueden suplir a ninguno de los actores mencionados, como ha venido sucediendo ante el deber de dar cobertura al acompañamiento permanente.

De igual manera, resulta pertinente referir las exclusiones expresas incluidas en los Acuerdos 08 de 2009 y 29 de 2011 en sus artículos 54 y 49, respectivamente, en los cuales se precisa que no se encuentran incluidas: “la internación en instituciones educativas, entidades de asistencia y protección social tipo ancianato, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida”.

En consecuencia, en este punto es importante enfatizar que el problema no radica en la asistencia domiciliar basada en principios de temporalidad, complementariedad y soporte familiar, sino en la ausencia de límites frente a esta modalidad de atención que ha dado paso a figuras atípicas de difícil manejo, como el acompañamiento permanente (auxiliar de enfermería) y la disponibilidad de **hogares sustitutos para el cuidado de los adultos mayores y de pacientes con enfermedades discapacitantes y/o en fase terminal, con acompañamiento adicional, así como las instituciones de cuidado paliativo.**

Resulta evidente que el MAPIPOS no contempló la asignación exclusiva y permanente de profesionales y auxiliares de enfermería para la ejecución de actividades básicas cotidianas. Por el contrario, racionalmente solo previó el apoyo de estos profesionales de la salud al paciente cuya atención se suministra en su domicilio, dadas sus condiciones especiales y pertinentes, con la participación activa y permanente de su grupo familiar, bajo criterios de temporalidad, complementariedad y soporte familiar, modelo que indudablemente ha beneficiado a un importante número de usuarios y sus familias, con óptimos resultados, que no son objeto de recobro por esta EPS.

Indudablemente hoy se tienen mayores expectativas de vida y mejores condiciones de salud, pero también se presenta un progresivo aumento en el número de personas que sobreviven a enfermedades antes fatales, que ahora implican condiciones que limitan su autonomía por daños neurológicos, envejecimiento y condiciones de abandono o soledad. Ha crecido por consiguiente la población en edad de discapacidad, en forma paralela con el envejecimiento de la población mayor de sesenta y cinco (65) años.

Otras condiciones de dependencia se generan por efecto de la siniestralidad tanto vial como laboral, y, especialmente, como consecuencia de enfermedades crónicas y discapacitantes.

La falta de actualización de las normas que rigen la materia ha conducido a que no sean suficientes para atender las necesidades planteadas por el escenario socioeconómico ya mencionado, en constante evolución, que se ha traducido en un sensible incremento de la demanda de servicios de salud y ha puesto al descubierto un importante déficit en la infraestructura hospitalaria y la falta de intervención contundente del Estado, mediante políticas y reglas claras y precisas que permitan el adecuado manejo de la atención en salud y estén en capacidad de suplir las necesidades que este entorno plantea.

La situación descrita ha conducido a la proliferación de instituciones atípicas como las que son materia de la presente controversia (acompañamiento permanente - auxiliar de enfermería que a todas luces desbordan el concepto de atención domiciliaria en sus diferentes modalidades y sobrepasan de manera ostensible la regulación del POS, que carece de límites, criterios y parámetros de cobertura.

En su momento, la Comisión de Regulación CRES, (hoy entidad liquidada del Ministerio de Salud y Protección Social) mediante concepto de fecha octubre primero (1º) de dos mil diez (2010), dirigido a Nucleodiagnóstico LTDA y suscrito por el Comisionado Experto Vocero Gustavo Adolfo Bravo Díaz, en su parte pertinente señaló lo siguiente:

“ (...) **PHD:** Los servicios de PHD cuando es para la realización de una atención médica son cubiertos por el POS, ***si lo realizado es un servicio de cuidador esto es NO POS*** y los soportes deben ir como tal.

**ESTANCIA EN UNIDAD GERIATRICA O HOGAR DE PASO:** Este servicio esta ***excluido del POS*** y tramita su recobro. (...)” (negrilla y subrayado fuera de texto).

Nótese que el aludido concepto precisaba que el servicio de cuidador era No POS, y no imponía para el reconocimiento del recobro que este fuese autorizado u ordenado por una autoridad determinada, como quiera que era el servicio en si mismo el que facultaba el recobro.

Esta posición es avalada de igual forma por la Resolución 3778, proferida por la entidad accionada

el 24 de septiembre de 2013, que al referirse a la atención domiciliaria, como una alternativa de la atención ambulatoria u hospitalaria institucional como ya lo hemos manifestado, precisó además que debe garantizarse el cumplimiento de las normas de habilitación vigentes y lo recomendado por el médico tratante, lo siguiente:

“ (...) La atención en la modalidad domiciliaria estará cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad establecidas en la normatividad vigente en salud, es decir **la cobertura está dada solo con finalidad del ámbito de salud y por lo tanto no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o de protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud** (...)” ( Negrilla y subrayado fuera de texto.

Por su parte, la Corte Constitucional en sentencia T-154-2014, respecto al servicio de cuidador expresó que:

“Por otro lado, en lo que concierne al servicio de cuidador de personas en situación de dependencia, resulta necesario realizar las siguientes menciones: (i) Por lo general son sujetos no profesionales en el área de la salud, (ii) en la mayoría de los casos resultan ser familiares, amigos o personas cercanas de quien se encuentra en situación de dependencia, (iii) prestan de manera prioritaria, permanente y comprometida el apoyo físico necesario para satisfacer las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona dependiente, y aquellas otras necesidades derivadas de la condición de dependencia que permitan un desenvolvimiento cotidiano del afectado, y por último, (iv) brindan, con la misma constancia y compromiso, un apoyo emocional al sujeto por el que velan

**Teniendo en cuenta lo anterior, la Sala encuentra, primero, que el servicio de cuidador permanente o principal no es una prestación calificada que atienda directamente al restablecimiento de la salud, motivo por el cual, en principio, no tendría que ser asumida por el sistema de salud**, y segundo, en concordancia con lo anterior, dicho servicio responde simplemente al principio de solidaridad que caracteriza al Estado Social de Derecho y que impone al poder público y a los particulares determinados deberes fundamentales con el fin de lograr una armonización de los derechos.

En este sentido, se entiende que los deberes que se desprenden del principio de la solidaridad son considerablemente más exigentes, urgentes y relevantes cuando se trata de asistir o salvaguardar los derechos de aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta (como por ejemplo la población de la tercera edad, los enfermos dependientes, los discapacitados, entre otros).

Así pues, los sujetos arriba mencionados son acreedores de un trato de especial protección por parte del Estado, la sociedad y, concretamente, de sus familiares más próximos o cercanos. En este sentido lo expresó la sentencia T-801 de 1998 de la siguiente manera: “(...) *dentro de la familia, entendida como núcleo esencial de la sociedad, se imponen una serie de deberes especiales de protección y socorro recíproco, que no existen respecto de los restantes sujetos que forman parte de la comunidad. En efecto, los miembros de la pareja, sus hijos y sus padres, y, en general, los familiares más próximos tienen deberes de solidaridad y apoyo recíproco, que han de subsistir más allá de las desavenencias personales (C.P. arts. 1, 2, 5, 42, 43, 44, 45, 46)*”.

En lineamiento con lo previamente dicho, la sentencia T-1079 de 2001 sostuvo que *“la Constitución, establece el principio de solidaridad social como parte fundante del Estado social de derecho, artículo 95 numeral 2, según el cual es deber de todas las personas responder con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas, y cuya primera manifestación, sin lugar a dudas, ha de darse entre los miembros de la familia, en caso de necesidad de uno de sus integrantes”*.

Cabe aclarar que tales deberes de solidaridad no obligan a sacrificar el goce de las garantías fundamentales de aquellos familiares cercanos (cuidadores) en nombre de los derechos de las personas a quienes deban socorrer. No obstante, sí los obligan a no tomar decisiones que, con pleno desconocimiento del principio de solidaridad social y familiar, comprometan sin un motivo suficiente y proporcionado los derechos fundamentales de los sujetos objeto de protección.

En resumen, el principio de solidaridad atribuye a los miembros de una sociedad el deber de ayudar, proteger y socorrer a sus parientes cuando se trata del goce de sus derechos fundamentales a la salud y a la vida digna. Deber que a su vez contiene un mayor grado de fuerza y compromiso cuando se trata de personas que se encuentran en condiciones de debilidad manifiesta, debido a los padecimientos propios de su edad o a las enfermedades que los agobian, y que por tanto no están en capacidad de proveer su propio cuidado, requiriendo de alguien más que les brinde dicho cuidado permanente y principal, lo cual, al no constituir una prestación de salud, no puede ser una carga trasladada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, pues ello en principio constituye una función familiar, y subsidiariamente un deber en cabeza de la sociedad y el Estado, quienes deberán concurrir a su ayuda y protección cuando la competencia familiar sea de imposible observancia.

En concordancia con lo arriba planteado, es pertinente resaltar lo dicho en la sentencia T-782 de 2013, en donde se afirmó lo siguiente:

*“En torno al servicio de cuidador primario, recuérdese que la Constitución dispone la concurrencia del Estado, la sociedad y la familia para brindar protección y asistencia a las personas con dificultades de salud. La familia es la primera obligada moral y afectivamente para sobrellevar y atender cada uno de los padecimientos, y en este orden de ideas, la Corte ha expuesto que solo cuando la ausencia de capacidad económica se convierte en una barrera infranqueable para las personas, debido a que por esa causa no pueden acceder a un requerimiento de salud y se afecta la dignidad humana, el Estado está obligado a suplir dicha falencia.”*.

Así pues, siempre que se presenten las circunstancias a continuación expuestas, una Entidad Prestadora de Salud (EPS), en principio, no es la llamada a garantizar el servicio de cuidador permanente a una persona que se encuentre en condiciones de debilidad manifiesta: (i) que efectivamente se tenga certeza médica de que el sujeto dependiente solamente requiere que una persona familiar o cercana se ocupe de brindarle de forma prioritaria y comprometida un apoyo físico y emocional en el desenvolvimiento de sus actividades básicas cotidianas, (ii) que sea una carga soportable para los familiares próximos de aquella persona proporcionar tal

cuidado, y (iii) que a la familia se le brinde un entrenamiento o una preparación previa que sirva de apoyo para el manejo de la persona dependiente, así como también un apoyo y seguimiento continuo a la labor que el cuidador realizará, con el fin de verificar constantemente la calidad y aptitud del cuidado. Prestación esta que si debe ser asumida por la EPS a la que se encuentre afiliada la persona en situación de dependencia.

En este orden de ideas, de no mediar las circunstancias enunciadas anteriormente, el deber de suministrar el servicio de cuidador permanente o principal, como ya se dijo, radica en cabeza del Estado, quien es el encargado de proteger y asistir especialmente a los sujetos que por su condición física, económica o mental, se encuentren en una situación de debilidad manifiesta.”

De lo anterior se puede concluir que si el servicio no corresponde al ámbito de la salud, la consecuencia lógica de ello es que el mismo no se encuentre en el POS y no esté costado en la UPC, razón por la cual, su reconocimiento y pago es jurídicamente viable.

### **7.3. INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS EQUIVALENTE AL 10% DEL COSTO DEL RECOBRO**

Dado que la gestión del suministro de los servicios, insumos y medicamentos reclamados conllevó a una pérdida económica en el patrimonio de E.P.S Sanitas, correspondiente a los gastos en los que incurrió para efectos de proporcionar a los usuarios los procedimientos señalados, esta pérdida debe ser restablecida.

Al momento de calcular la UPC, se incluyen los medicamentos, servicios y prestaciones y a su vez el cálculo económico de los gastos administrativos en que se incurriría en caso de tener que proporcionarlos. De esta forma, si no se encuentran incluidos en el POS y como consecuencia en la UPC, lo natural es que tampoco se haya calculado la compensación que significa la gestión administrativa para su suministro.

Dado que resulta una labor con tinte de proeza calcular por cada medicamento el monto de los gastos administrativos que se generaron y que constituyeron una pérdida para E.P.S SANITAS S.A., solicitamos la aplicación analógica monto de los gastos administrativos que se aplican en virtud de la Ley en los casos en que se realizan recobros entre E.P.S.’s y A.R.L.’s, tasa indemnizatoria de aplicación tarifada y automática que se encuentra establecida en la Ley, como lo pasaré a explicar:

De acuerdo al artículo 254 de la Ley 100 de 1993 citado, corresponde a las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud la prestación de “(...) *Los servicios de salud derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional (...)*”.

Como desarrollo de esta norma encontramos el párrafo 3 del artículo 6 del Decreto 1295 de 1994 que dispone:

“Artículo 6º. Prestación de los servicios de salud.

(...)

Las entidades administradoras de riesgos profesionales reembolsarán a las Entidades Promotoras de salud, las prestaciones asistenciales que hayan otorgado a los afiliados al sistema general de riesgos profesionales, a las mismas tarifas convenidas entre la entidad promotora de salud y la institución prestadora de servicios de salud, en forma

general, con independencia a la naturaleza del riesgo. Sobre dichas tarifas se liquidará una comisión a favor de la entidad promotora que será reglamentada por el Gobierno Nacional, y que en todo caso no excederá al 10%, salvo pacto en contrario entre las partes. (...) (Subrayas propias).

De esta forma, después de suministrado un servicio o tecnología en salud por parte de una I.P.S. esta procede a cobrarlo a la E.P.S. a la cual está afiliado el usuario, la cual a su vez, tiene la potestad reclamarlo a través del procedimiento del reembolso a la A.R.L. a la cual se encuentra afiliado el usuario en las siguientes condiciones:

- a. La tarifa del medicamento, prestación, etc. será la convenida entre la E.P.S. y la I.P.S.
- b. Se liquida una comisión del 10%.

Estas reglas de liquidación se encuentran confirmadas en el artículo 3 del Decreto 1771 de 1994 que establece:

“Artículo 3º.- Reembolso por prestaciones asistenciales. Las entidades administradoras de riesgos profesionales deben reembolsar los costos de la atención medico asistencial que hayan recibido sus afiliados, con ocasión de un accidente de trabajo, una enfermedad profesional, a las mismas tarifas convenidas entre la entidad promotora de salud y la institución prestadora de servicios, con independencia de la naturaleza del riesgo.

Sobre dichas tarifas se liquidarán una comisión del diez por ciento (10%) a favor de la entidad promotora de salud, salvo pacto en contrario. (...)

Del desarrollo de esta capítulo se concluye que la E.P.S. se encuentran obligadas a prestar los servicios de salud que los usuarios requieran, sin embargo, cuando estos están vinculados con servicios o tecnologías brindados para atender las consecuencias de enfermedades laborales o accidentes de trabajo, estas entidades cuentan con la potestad legal de reclamar el reembolso de los recursos que hayan invertido en esta prestación al Sistema de Seguridad Social en Riesgos Profesionales a través de la Administradora de Riesgos Laborales a la cual se encuentre afiliado el usuario.

Por resultar jurídicamente viable, le solicito la aplicación de este referente indemnizatorio en forma analógica.

El reconocimiento de mayores valores no solo ha sido reconocido en el ejemplo anterior. Si se verifican las circulares 07 de 2013 en su artículo 6 y la 01 de 2014 el su artículo 5, las cuales fueron emitidas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se encuentra que estas se reconoce a favor de las IPS que prestan servicios reembolsables por las EPS un porcentaje adicional sobre el costo de los medicamentos cuyo objetivo es evitar el efecto negativo en sus finanzas al reconocer el valor que agregan a la cadena de distribución de los medicamentos. Este mismo efecto es el que se busca con la indemnización reclamada por mi representada.

A la consideración manifestada se debe agregar el hecho de los trámites extrajudiciales y judiciales en los que incurre la Compañía para lograr el reconocimiento de estas sumas.

## **8. RELACIÓN DE LOS MEDIOS DE PRUEBA APORTADOS Y SOLICITUD DE IMPOSICIÓN DE CARGAS PROBATORIAS.**

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

### **8.1. Documentales que se aportan:**

- 8.1.1. Certificado de Existencia y Representación Legal de la demandante **EPS Sanitas**.
- 8.1.2. Certificado de Funcionamiento de EPS Sanitas, expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.
- 8.1.3. Nota externa 201433200296233 del 10 de noviembre de 2014.
- 8.2. **Medio magnético un (1) CD** (Que contiene debidamente digitalizada la información que se encuentra impresa en su despacho).

#### **8.2.1. En la Carpeta denominada: “Certificados”:**

- 8.2.1.1. Certificado de Existencia y Representación Legal de la demandante EPS Sanitas.
- 8.2.1.2. Certificado de Funcionamiento de EPS Sanitas.

#### **8.2.2. En la Carpeta nombrada: “Base de datos Servicios No POS”:**

8.2.2.1 Contiene Base de datos nominada: **SA7**, elaborada por la parte actora, en la que se identifican y clasifican los **124** recobros objeto de esta Demanda con los 126 ítems que la integran. Dicha base contiene dos (2) hojas de cálculo a saber:

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

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

La estructura de la aludida base de datos que se anexa se explica de la siguiente forma:

- **No. de radicado Fosyga (MYT 01 o 02):** Es el número que el consorcio administrador del Fosyga asignó a cada recbro, en la oportunidad de radicación.
- **No. Consecutivo interno-recbro:** Número mediante el cual la **EPS** identifica los recobros radicados para pago ante el Fosyga.
- **Número de Ítem:** Número mediante el cual se identifica el medio diagnóstico o procedimiento en la facturación.
- **Clasificación del servicio prestado:** tratamiento o procedimiento practicado o equipo, insumo o medicamento efectivamente proporcionado o implantado, NO POS y efectivamente otorgado al usuario y que es materia de la presente solicitud.



- **Valor de recobro:** Monto del equipo, insumo, tratamiento, medicamento o servicio No POS suministrado o prestado, respecto del cual la **EPS** solicitó reconocimiento al Consorcio administrador del Fosyga.
- **Fecha de Prestación:** Aquella en la cual la IPS prestó efectivamente el servicio, suministró el equipo, insumo o medicamento, o practicó el tratamiento NO POS al usuario.
- **No. de factura:** Corresponde al número de identificación de la factura radicada por la IPS en la **EPS**, efectivamente cubierta por esta última.
- **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.
- **Nit:** Número de identificación tributaria de la IPS.
- **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.
- **No. de paquete (MYT 01, 02 o 04):** 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.
- **Fecha notificación de la glosa (MYT 01 o 02):** La glosa es la causal que el Consorcio administrador del Fosyga invocó 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.
- **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.
- **Fecha de ratificación de la glosa (MYT 04):** Esta información solo se relaciona en la base denominada con respuesta y corresponde a la fecha de la comunicación mediante la cual el Consorcio informa la decisión adoptada respecto de la objeción formulada por la EPS; ratifica la glosa invocada; informa que la cuenta no puede ser pagada por cualquiera de las causales establecidas en la normatividad que regula la materia, y pone fin al trámite administrativo del recobro.
- **Causal de Glosa:** Motivación que dio lugar a la negativa de reconocimiento y pago del recobro presentado por la EPS.



- **Autoridad Judicial:** (En cinco columnas: **identificación del despacho, autoridad judicial, ciudad, contenido del fallo y fecha del fallo**).
- **Información CTC:** (En dos columnas se relaciona: **Número de Acta y Fecha de Acta de CTC**).
- **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).
- **Tipo de documento:** Registro civil de nacimiento, tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía o extranjería y pasaporte.
- **Número de identificación:** Número del documento que porta el usuario.
- **Estado:** Precisa si el recobro reclamado está en proceso de contestación y/o 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, situación que también se refleja en la columna siguiente bajo la afirmación: con o sin imagen.

8.2.3 En la Carpeta nombrada: **“Imágenes- SA7”**:

Allí se observa **copia digitalizada de los 124 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.

8.2.4. En la Carpeta designada como: **“Respuesta Recobros Formato MYT”** – en la Subcarpeta: **“ Comunicaciones”**:

Se encuentra copia de la comunicación: UTF-2014-OPE-7312, a través de la cual el Ministerio de Salud y Protección Social, representado por el Consorcio administrador, informó las glosas invocadas y su consecuente negativa de pago.

8.2.5. En la Carpeta llamada: **“Respuesta Recobros Formato MYT”** – en la Subcarpeta: **“ Bases”**:

Se evidencia la base de datos, allegada con la comunicación mencionada en el numeral que antecede (MYT04555221), mediante la cual 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 124 acá relacionados).

8.2.6. En la Carpeta nombrada como: **“ Acta Conciliación SA7”**

Se encuentra la Constancia de agotamiento del requisito de prejudicialidad, expedida por la Procuraduría 125 Judicial II Para Asuntos Administrativos, previa presentación de la demanda ante la jurisdicción Contenciosa Administrativa.

8.2.7. En la Carpeta referida como: **“Reclamación SA7”**:

8.2.7.1. Se encuentra 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., de fecha 7 de octubre de 2015, bajo el radicado interno CJ 5886-15 y con sello de

recibido por parte de la accionada: 201542301800042.

8.2.7.2. Respuesta a la Reclamación Administrativa por parte del ente accionado, mediante escrito radicado bajo el número: 201533101985441.

8.2.8. En la Carpeta denominada: “ **Documentos de Apoyo**”:

8.2.8.1. Nota externa 201433200296233 del 10 de noviembre de 2014.

8.2.8.2. Resolución 5521 de 2013.

8.2.8.3. Circular 07 de 2013.

8.2.8.4. Circular 01 de 2014.

**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, al igual que el archivo electrónico que se aporta como prueba.**

### **8.3. TESTIMONIALES.**

De la manera más respetuosa solicito se sirva citar y hacer comparecer a su despacho a los profesionales que se mencionan a continuación, quienes en razón de su conocimiento, en la audiencia y bajo la gravedad de juramento pueden aportar elementos fundamentales para el esclarecimiento de la presente litis.

❖ **William Samuel Pardo Triviño**, Auditor Médico de EPS Sanitas para declare todo lo que le conste de los hechos y las pretensiones de la demanda, al igual que sobre los trámites de recobro que se presentaron para pago ante el Consorcio Administrador del Fosyga, por concepto 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.

❖ **Miguel Ángel 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 del Fosyga 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 Tercero.

Para tales efectos formularé las preguntas personalmente en el marco de la diligencia o por escrito en la oportunidad procesal pertinente

#### **8.3.1. Pruebas trasladadas:**

Respetuosamente solicito al Despacho, se trasladen los testimonios de:

❖ **Doctor Harold Ibagón**, en su calidad de Director del programa de Hospitalización Domiciliaria de la Sociedad Clínica ColSanitas S.A, el cual se llevó a cabo en diligencia de audiencia pública de testimonio, el día primero (01) de octubre de dos mil trece (2013) ante el Tribunal Administrativo de Cundinamarca –Sección Tercera – Subsección C de Descongestión, Magistrada Ponente: Corina Duque Ayala, Rad. 25000232600020120003600.

8.4. INSPECCIÓN JUDICIAL

Solicito ordenar y decretar la práctica de la prueba en mención para que se verifique la autenticidad de los documentos que fundamentan los hechos expuestos en la demanda que se allegan en copia simple.

8.5. DICTAMEN PERICIAL

Solicito el término de 30 días hábiles contados a partir del auto admisorio de la demanda, para aportar dictamen pericial en el que se dictará peritazgo relacionado con la constatación a la luz de la Resolución 5261 de 1994 y demás normas que regulaban el POS al momento de la prestación de los servicios objeto de reclamación, de la inclusión de los servicios reclamados en el POS y si estos estaban debidamente financiados en la UPC que para el efecto las EPS reciben por cada uno de sus afiliados.

8.6. DE LA PARTE DEMANDADA:

Documentales en poder de la demandada:

- Que se libre oficio al Ministerio de Salud y Protección Social para que remita con destino al proceso copia auténtica o los originales de los nueve recobros (10 items) objeto de reclamación y que se encuentran en su poder acompañados de los soportes administrativos aportados por EPS Sanitas al momento de solicitar su recobro, toda vez que por presentar pagos parciales, estos se encuentran en poder de la entidad demandada representada por el Consorcio Administrador y no de la entidad accionante. Los cuales se señalan a continuación y se identifican en la base de datos que se aporta como sin imagen.

| No | No. Radicado Fosyga (MYT 01/02) | No. Item | Clasificación del Servicio entregado             | Valor de Recobro | Nombre                           | Tipo de documento |            |
|----|---------------------------------|----------|--|------------------|----------------------------------|-------------------|------------|
| 1  | 103268838                       | 1        | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO DIA | \$ 824.600,00    | GARCIA MARQUEZ GUSTAVO ADOLFO    | CC                | 3797064    |
| 2  | 103268988                       | 4        | CUIDADOR DOMICILIARIO 24 HORAS                   | \$ 2.626.400,00  | VASQUEZ DE REYES ROSATILIA       | CC                | 28051461   |
| 3  | 103659261                       | 1        | AUXILIAR DE ENFERMERIA CUIDADOR DOMICILIARIO DIA | \$ 1.681.260,00  | GARCIA MARQUEZ GUSTAVO ADOLFO    | CC                | 3797064    |
| 4  | 105112670                       | 3        | CUIDADOR DOMICILIARIO 24 HORAS                   | \$ 2.907.800,00  | JAIMES DE MORA TERESA            | CC                | 27933358   |
| 5  | 105112772                       | 3        | CUIDADOR DOMICILIARIO 12 HORAS                   | \$ 1.453.900,00  | HERRERA ARGUELLO THOMAS SANTIAGO | RC                | 1097108369 |

|   |           |   |  |                 |                                     |    |            |
|---|-----------|---|--|-----------------|-------------------------------------|----|------------|
|   |           |   |  |                 |                                     |    |            |
|   | 105113013 | 7 | CUIDADOR DOMICILIARIO 24 HORAS             | \$ 2.907.800,00 | VASQUEZ DE REYES ROSATILIA          | CC | 28051461   |
| 6 |           |   |  |                 |                                     |    |            |
| 7 | 106074426 | 4 | ENFERMERA ESPECIAL TURNO COMPLETO 12 HORAS | \$ 149.800,00   | HITSCHERICH DE FERNANDEZ ELSA MARIA | CC | 28599465   |
|   |           | 5 | ENFERMERA ESPECIAL TURNO DE 24 HORAS       | \$ 149.800,00   |                                     |    |            |
| 8 | 106074720 | 3 | CUIDADOR DOMICILIARIO 24 HORAS             | \$ 2.814.000,00 | PEREZ SALOME                        | CC | 37794621   |
| 9 | 106434719 | 3 | CUIDADOR DOMICILIARIO 12 HORAS             | \$ 1.219.400,00 | HERRERA ARGUELLO THOMAS SANTIAGO    | RC | 1097108369 |

- Que se libre oficio al Ministerio de Salud y Protección Social, para que certifiquen la calidad de usuarios o afiliados a EPS Sanitas de los beneficiarios de los servicios objeto de la presente reclamación, al momento de la prestación del servicio, los cuales se encuentran debidamente discriminados en la base de datos que se aporta con la presente demanda.
- Se ordene a la parte demandada que aporte todos los documentos relacionados con el proceso de evaluación e inclusión de tecnología –ETES- o de estudio y el documento mediante el cual se toma la decisión por parte de la autoridad competente, de incluir los servicios reclamados en el POS, esto es, los servicios de CUIDADOR. Lo anterior, atendiendo el mandato contenido en el artículo 4º de la Resolución 5521 de 2014.
- Se libre oficio a la accionada para que allegue el Concepto de fecha primero (1º) de octubre de dos mil diez (2010), dirigido a Nucleodiagnóstico LTDA y suscrito por el Comisionado Experto Vocero Gustavo Adolfo Bravo Díaz perteneciente a la Comisión de Regulación en Salud, relacionado con los servicios de cuidador y estancia en unidad geriátrica u hogar de paso, toda vez que de conformidad con el Decreto 2560 de 2012, artículo 21, los archivos de la CRES entidad liquidada del Ministerio de Salud y Protección Social debían ser entregados a esta para su custodia.

**8.7. IMPOSICIÓN DE CARGA PROBATORIA A LA PARTE DEMANDADA.**

En primera medida, en los fundamentos fácticos del presente escrito se niega en forma indefinida el hecho que los servicios objeto del litigio están incluidos en el plan obligatorio de salud y por lo tanto, que fueran calculados en la unidad de pago por capitación. Por tratarse de negaciones indefinidas no requieren prueba, razón por la cual, si la parte pasiva de la acción considera que la negación no corresponde a la realidad, deberá aportar las pruebas que considere pertinentes para demostrar que la negación es falsa y así desvirtuarla.

**Solicitud:**

Sin embargo, con el mayor respeto, solicito al Despacho que teniendo en cuenta las circunstancias

técnicas especiales que están vinculadas con la obligación legal del Ministerio de Salud y Protección Social en la definición del POS y el cálculo de la unidad de pago por capitación (UPC), le ordene a éste aportar las pruebas relacionadas con la inclusión en el POS de los servicios pretendidos.

La anterior solicitud obedece a que como se indicó en el acápite respectivo, el ordenamiento que regula la definición y actualización del POS imputó esta función al Ministerio demandado, por lo cual, es quien cuenta con los elementos para demostrar dicho hecho, en ese sentido y de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 4º de la Resolución 5521 de 2014, debe contar con los soportes requeridos para el proceso de evaluación e inclusión de tecnología –ETES.

Se debe considerar que la regulación indicada debe preexistir a los hechos expuestos y ser clara en su establecimiento, esto es, no debe obedecer a complejas elucubraciones, las cuales desvirtuarían la buena fe de la demandada, dado que como se ha expresado a lo largo del presente documento, el Plan Obligatorio de Salud es taxativo.

Asimismo, es necesario que la entidad demandada demuestre las falencias presentadas en el trámite administrativo de recobro, ítem por ítem y no con manifestaciones generales.

#### **9. 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 veinte (20) salarios mínimos legales mensuales así:

**Total: DOSCIENTOS SETENTA MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS (\$270.338.576).**

Se discriminan así,

**Capital: DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS (\$245.762.342)**

**Indemnización 10%: VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS (\$24.576.234).**

#### **10. ANEXOS.**

Acompaño con la presente demanda los siguientes:

- 10.1. Certificado de Existencia y Representación Legal de EPS Sanitas, expedido por la Cámara de Comercio de Bogotá.
- 10.2. certificado de Funcionamiento de EPS Sanitas, expedido la Superintendencia Nacional de Salud.
- 10.3. Base de datos en la que se evidencia el historial de los recobros objeto de ésta demanda, según la documental que obra en los cuadernos anexos y en el medio magnético.
- 10.4. Copia e imágenes de los recobros objeto de demanda y que fueron presentados para pago ante el Ministerio de Salud y Protección Social) – Administrador fiduciario, por concepto de la provisión efectiva de los servicios **NO** incluidos en el Plan Obligatorio de

Salud, POS.

- 10.5. Copia de los Soportes administrativos, mediante los cuales se documenta y demuestra, la cobertura de servicios a los usuarios y que son objeto de la presente acción.
- 10.6. 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, relacionados en el capítulo de pruebas.
- 10.7. Nota externa 201433200296233 del 10 de noviembre de 2014.
- 10.8. Resolución 5521 de 2013.
- 10.9. Circular 07 de 2013.
- 10.10. Circular 01 de 2014.
- 10.11. Copia de la demanda y sus anexos en medios magnéticos para el traslado a la entidad demandada. 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.
- 10.12. Copia impresa de la presente demanda y sus anexos para el archivo.
- 10.13. Constancias de agotamiento del requisito de prejudicialidad, expedido por las Procuraduría 125 Judicial II Para Asuntos Administrativos.
- 10.14. 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.
- 10.15. Poder.
- 10.16. Medio Magnético (Un CD).

Con toda atención,

Finalmente solicito respetuosamente Señor Juez, reconocerme personería para actuar en estas diligencias en representación de la entidad demandante, admitir la presente demanda y darle a esta el trámite legal que le corresponda.

Señor Juez, con toda atención,

**Sandra Milena Cardozo Angulo**  
C. C. No 52.454.411 de Bogotá  
T. P. No 136.142 del C.S. de la Judicatura  
Apoderada  
**EPS Sanitas.**