

Alba E
Nuecoq,



REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO VEINTISIETE (27) LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA D.C.
Calle 14 No. 7 - 36 Piso 14

AVISO JUDICIAL (Art. 20 Ley 712 de 2001)

Bogotá, D.C., hoy _____, debidamente autorizado por la Secretaría del Despacho, me traslade a la dirección indicada en la demanda, con el fin de notificar personalmente el auto **ADMISORIO** de fecha **10 D OCTUBRE DE 2019** proferido dentro del proceso **2018-0096** de **EPS SANITAS S.A.** Contra **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES** -al representante legal del **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES** O A QUIEN HAGA SUS VECES. Una vez en el lugar fui atendido por el señor (a) _____ identificado (a) con C. C. No. _____ De _____, quien enterado (a) el motivo de la diligencia manifestó que dicho representante o su delegado no se encuentra o no puede recibir la notificación.

En consecuencia procedo en aplicación de lo previsto en el parágrafo del artículo 20 de la ley 712 de 2001 que modifico el artículo 41 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social a hacer entrega de **COPIA AUTENTICA DE LA DEMANDA, COPIA AUTENTICA DEL AUTO ADMISORIO Y COPIA AUTENTICA DE ÉSTE AVISO EN 92 FOLIOS ÚTILES**

Advirtiéndole que dispone de un término de diez (10) días hábiles para contestar a través de apoderado judicial, presentando las respectivas pruebas, término que empezará a contarse cinco (5) días después de la fecha de entrega de la presente acta. **IMPUESTO FIRMA COMO APARECE.**

Quien recibe, FIRMA _____
NOMBRE _____
C.C. _____

El notificador,

JAIME EDUARDO HERNANDEZ PINZON

El Secretario,

ADRIANA ASTRID SIERRA PINHELA
SECRETARIA



ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
28 OCT 2019
Hora: _____
JETO A VERIFICACIÓN

Radicado No: E11910281019025318E000034132600
DEST: 11910 DESP JEFE OJ REM: EDNA CONSTAN
2019-10-28 02:53 Fol: 91 Anex: 0 Desc Anex:

NO CD

Proceso Ordinario Laboral Rad. 2018-00096

INFORME SECRETARIAL.- Bogotá, D.C., agosto doce (12) de dos mil diecinueve (2019).- Al Despacho de la señora Juez informando que el presente proceso ordinario regresó del Consejo Superior de la Judicatura Sala Jurisdiccional Disciplinaria donde se asignó el conocimiento de la presente acción a este Despacho judicial. Adicionalmente, se encuentra pendiente por calificar la demanda. Sírvase Proveer.


ADRIANA ASTRID SIERRA PINILLA
Secretaria

JUZGADO VEINTISIETE LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA
Bogotá D.C., octubre diez (10) de dos mil diecinueve (2019)

De conformidad con el informe secretarial que antecede, se dispone OBEDECER Y CUMPLIR lo resuelto por el Consejo Superior de la Judicatura Sala Jurisdiccional Disciplinaria, por lo que se procede a calificar la demanda y reconocer personería a la apoderada de la demandante.

Se RECONOCE personería adjetiva para actuar a la Dra. **GIMENA MARÍA GARCÍA BOLAÑOS** identificada con la C.C. No. 52.212.305 y T.P. No. 202.141 del C.S. de la J. como apoderada judicial de **ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.**, para los efectos del poder conferido obrante a folios 1 del plenario.

Por otro lado y previo a resolver sobre la admisión de la demanda, debe indicarse que si bien la demanda se dirige en contra de la **NACIÓN - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL** y de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES.**, lo perseguido en el proceso de la referencia es que a través de la cuenta de Fondo de Solidaridad y Garantía - **FOSYGA**, la Nación- Ministerio de Salud y la Protección Social sea condenada a reconocer y pagar los servicios médicos no cubierto por el Plan Obligatorio de Salud, de conformidad con lo dispuesto por el Decreto 1281 de 2002

Ahora bien, el artículo 35 del Decreto 4701 de 2011 creó la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, como una dependencia del Ministerio de Salud y Protección Social, con autonomía administrativa y financiera, como la entidad encargada de la administración de los fondos, cuentas y recursos de administración especial de protección social a cargo del Ministerio, incluyendo dentro de sus funciones según el artículo 26 del decreto referido, la de administrar, directamente o a través de encargos fiduciarios o fiducia pública o cualquier otro mecanismo financiero de administración de recursos, entre otros el **FOSYGA**.

Posteriormente, el Gobierno Nacional dando cumplimiento al artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, creó la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (**ADRES**), como un organismo de naturaleza especial del nivel descentralizado de la Rama Ejecutiva del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, patrimonio independiente asimilada a una empresa industrial comercial del Estado, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, cuyas funciones están contenidas en el artículo 67 de la mencionada ley, las cuales encontraban en cabeza de la administración del **FOSYGA**.

Como consecuencia de lo anterior, mediante el Decreto 1429 de 2016 modificado por el Decreto 546 de 2017 se ordenó la terminación de las funciones de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social a partir del 31 de julio de 2017, fecha en la que inició a asumirlos la entidad ADRES.

De conformidad con lo anterior, por disposición legal la ADRES es la UNICA ENTIDAD encargada de asumir el manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del sistema general de la seguridad social en salud (SGSSS), incluida entre ellas, todas la funciones a cargo del Foyga. En tal sentido el Despacho admitirá la demanda en contra de la ADRES toda vez que resulta inane admitirla en contra de la NACIÓN - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL ante la extinción legal de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social.

En consecuencia y en atención a que el libelo reúne los requisitos de ley ADMITASE la anterior demanda Ordinaria Laboral de primera instancia incoada por la ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. contra la ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES.

De la anterior decisión notifíquese personalmente a la demandada ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES a través de su representantes legal o quien haga sus veces al momento de la notificación, de la demanda córrase traslado por el termino de diez (10) días hábiles, haciéndole entrega de copia del libelo demandatorio.

Se advierte a la demandada que la contestación de la demanda debe reunir los requisitos del Art. 31 del CPL y SS, modificado por el Art. 18 de la ley 712 de 2001 y aportar la documental que se encuentre en su poder, so pena de las consecuencias procesales que contempla la norma.

Practíquese la notificación a las demandadas, para lo cual la secretaria y las partes deberán dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 41 del CPL y SS, modificado por el artículo 20 de la ley 712 de 2001.

Se ordena por secretaria notificar a la AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURIDICA DEL ESTADO de conformidad con lo establecido en el artículo 612 de la Ley 1564 de 2012.

Por otra parte, conforme lo señala el artículo 227 del C.G.P se concede a la parte demandante el término de treinta (30) días hábiles a fin que se sirva allegar el dictamen pericial al cual hace alusión en la demanda.

NOTIFIQUESE y CUMPLASE.

La Juez,

EDNA CONSTANZA LIZARAZO CHAVES

DHL



JUZGADO VEINTISIETE LABORAL DEL CIRCUITO BOGOTÁ D.C.

Hoy 11 DE OCTUBRE DE 2019

Se notifica el auto anterior por anotación en el estado No.0160

20 9 / 16

CJ-1114-2018

SEÑORES:
JUECES LABORALES DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D. C.

Referencia: Ordinario Laboral
Demandante: Empresa Promotora de Salud – EPS Sanitas S.A.
Demandado: La Nación – Ministerio de Salud y Protección Social y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)

ORDINARIO LABORAL

Gimena María García Bolaños, domiciliada en la ciudad de Bogotá, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.212.305 de Bogotá, abogada en ejercicio, portadora de la tarjeta profesional No. 202.141 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en mi calidad de apoderado judicial de la **Entidad Promotora de Salud E.P.S. Sanitas S.A.**, en adelante **EPS Sanitas**, sociedad comercial de naturaleza anónima, constituida mediante Escritura Pública No. 3796 del primero de diciembre de 1994, otorgada en la Notaría 30 del Círculo de Bogotá, inscrita en la Cámara de Comercio de la misma ciudad el 16 de diciembre de 1994 siguiente, bajo el No. 474089 del Libro IX, con matrícula mercantil No. 00626289 y número de identificación tributaria NIT, No. 800.251.440-6, debidamente autorizada para operar como tal por la Superintendencia Nacional de Salud, todo lo cual consta en certificado de existencia y representación legal expedido por la citada Cámara y en Resolución No. 0981 de diciembre de 1994, documentos que se anexan al presente memorial, por medio del presente escrito formulo demanda contra la **Nación - Ministerio de Salud y Protección Social, y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud** mediante la **Acción Ordinaria Laboral** prevista en el capítulo XIV del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.

1. OBJETO DEL LITIGIO

El litigio que se plantea, tiene como objetivo obtener el reconocimiento y pago por vía judicial de las sumas de dinero que han sido asumidas por mi representada, que están relacionadas con los gastos en que esta incurrió para efectos de cubrir la prestación de servicios de salud que no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (en adelante POS) a diferentes usuarios y por ende, en la Unidad de Pago por Capitación (UPC), los cuales inicialmente fueron reclamados por E.P.S. SANITAS S.A., a la parte demandada a través del procedimiento administrativo especial de recobro y que fueron negados en forma infundada. Así mismo se pretende el reconocimiento de los perjuicios que ocasionó el desgaste administrativo y judicial propio de la gestión de dichos servicios.

2. LAS PARTES, SU DOMICILIO Y NOTIFICACIONES

2.1 PARTE DEMANDANTE

- **Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.**, en adelante **EPS Sanitas**, sociedad comercial de naturaleza anónima, constituida mediante Escritura Pública No. 3796 del primero de diciembre de 1994, otorgada en la Notaría 30 del Círculo de Bogotá, inscrita en la Cámara de Comercio de la misma ciudad el 16 de diciembre de 1994 siguiente, bajo el No. 474089 del Libro IX, con matrícula mercantil No. 626.289 y número de identificación

tributaria NIT, No. 800.251.440-6, debidamente autorizada para operar como tal por la Superintendencia Nacional de Salud, todo lo cual consta en certificado de existencia y representación legal expedido por la citada Cámara, documento que se anexa al presente memorial.

- ❖ En condición de representante legal para asuntos judiciales interviene la abogada **Sandra Milena Cardozo Angulo**, quien me otorga poder.

Domicilio y notificaciones: Calle 100 No 11b- 67 piso 3 - Central Jurídica - Bogotá D. C.

- ❖ **Gimena María García Bolaños** quien actúa como apoderado 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. 5711971

Correo electrónico: jmgarcia@colsanitas.com

Número celular: 3112104697

Bogotá D. C.

2.2 PARTE DEMANDADA Y SU REPRESENTANTE LEGAL

La presente demanda está dirigida a la **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES)** organismo de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional, creado por la **Ley 1753 de 2016 artículo 66**, asimilado a una empresa industrial y comercial de Estado, que hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, que cuenta con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.

Prescribe el citado artículo:

"ARTÍCULO 66. Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.
(...)

El Gobierno Nacional determinará el régimen de transición respecto del inicio de las funciones de la Entidad y las diferentes operaciones que realiza el Fosyga. En el periodo de transición se podrán utilizar los excedentes de las diferentes Subcuentas del Fosyga para la garantía del aseguramiento en salud. Una vez entre en operación la Entidad a que hace referencia este artículo, se suprimirá el Fosyga".

Y a su vez en atención a lo señalado en los artículos 26 y 27 del **Decreto 1429 de 2016**¹

ARTÍCULO 26. TRANSFERENCIA DE PROCESOS JUDICIALES Y DE COBRO COACTIVO. *La defensa en los procesos judiciales que esté a cargo de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y los trámites administrativos tendientes al cobro coactivo que esté adelantando la misma Dirección al momento en que la Entidad asuma la administración de los recursos del SGSSS, serán asumidos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), transferencia que constará en las actas que se suscriban para el efecto.*

La vigilancia de los procesos judiciales y prejudiciales de competencia de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, que por su naturaleza correspondan a la Administradora de los Recursos del SGSSS (ADRES), continuarán adelantándose en el marco del contrato de vigilancia judicial suscrito por el Ministerio de Salud y Protección Social hasta la terminación del mencionado contrato, debiendo reportar lo pertinente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)”

ARTÍCULO 27. TRANSFERENCIA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES. *Todos los derechos y obligaciones que hayan sido adquiridos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la administración de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, (Fosyga) y del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), se entienden transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).*

Todos los derechos y obligaciones a cargo del Fosyga pasarán a la Administradora de los Recursos del SGSSS (ADRES) una vez sean entregados por el Administrador Fiduciario de conformidad con lo establecido en el contrato de encargo fiduciario con este celebrado”.

La **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-(ADRES)** Está representada legalmente por la doctora **CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO** Viceministra de Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social 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, **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES)** tiene su domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., en la siguiente dirección: Avenida Calle 26 # 69-76 Torre 1 Piso 17. Correo electrónico para notificaciones: notificacionesjudiciales@adres.gov.co

¹ “Por medio del cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y se dictan otras disposiciones”

- ❖ **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

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 o en la 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

Dado que las controversias que se pretenden dirimir se enmarcan en el contexto del Sistema de Seguridad Social Integral en Salud, precisamente en el reconocimiento y pago de sumas insolutas, 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.

4. PRETENSIONES

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

PRINCIPALES

Se declare la responsabilidad de la **Nación – Ministerio de Salud Y Protección Social y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES**, por los perjuicios en la modalidad de daño emergente, ocasionados a **EPS SANITAS S.A.**, por el daño antijurídico derivado del no reconocimiento y pago de **ciento sesenta y tres (163)** solicitudes de recobro, que se discriminan en **trescientos setenta (370) ítems** y cuyo valor asciende a la suma de **DOSCIENTOS CINCUENTA MILLOS CERO CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS (\$250.053.918)**, discriminados así:

#	No. Radicado Fosyga (MYT 01/02)	No. Item	Valor de Recobro
4.1.1	105804031	2	24,700.00
4.1.2	105804031	3	24,700.00
4.1.3	105804031	4	24,700.00
4.1.4	25792912	5	51,180.00
4.1.5	103267012	5	155,778.00
4.1.6	25808653	14	10,550.00
4.1.7	57073102	1	6,683,378.00
4.1.8	25808897	3	296,946.00
4.1.9	25792912	3	148,173.00
	25808897	1	363,300.00
4.1.11	101473106	11	303,341.00
4.1.12	25792923	2	179,003.00
4.1.13	25808653	2	126,400.00
4.1.14	25808653	5	65,071.00
4.1.15	102880669	2	8,067.00
4.1.16	57080917	2	1,278,378.00
4.1.17	56793190	1	80,270.00
4.1.18	55247922	1	388,500.00
4.1.19	57080968	6	1,530.00
4.1.20	102048280	1	211,440.00
4.1.21	103267012	9	775,252.00
4.1.22	101688560	2	35,082.00
4.1.23	57080968	2	235,590.00
4.1.24	101274324	1	9,754.00
4.1.25	101473106	1	227,171.00
4.1.26	102181042	1	422,588.00
	102285822	1	227,171.00
4.1.28	56853659	1	40,770.00
4.1.29	106414964	1	171,390.00
4.1.30	25808897	4	264,500.00
4.1.31	25808681	2	82,380.00
4.1.32	105113547	2	86,200.00
4.1.33	106519159	1	155,980.00
4.1.34	101473106	10	685.00
4.1.35	25792865	5	105,825.00
4.1.36	25800278	2	105,120.00
4.1.37	101688751	1	36,002.00
4.1.38	106797844	3	3,956,300.58
4.1.39	106797852	1	7,899,675.48
4.1.40	106843197	1	7,899,675.48
4.1.41	101688560	1	113,600.00
4.1.42	25808897	11	122,270.00
4.1.43	102048251	1	3,387,954.00
4.1.44	25808885	10	21,815.00

#	No. Radicado Fosyga (MYT 01/02)	No. Item	Valor de Recobro
4.1.124	103186544	2	28,330.00
4.1.125	56853416	2	20,388.00
4.1.126	102880324	2	92,040.00
4.1.127	25808885	11	13,550.00
4.1.128	56793190	2	84,670.00
4.1.129	56853528	1	27,120.00
4.1.130	101688659	3	50,310.00
4.1.131	25792865	4	123,650.00
4.1.132	25800225	2	41,970.00
4.1.133	56853431	1	55,140.00
4.1.134	103267216	3	383,720.00
4.1.135	25808897	9	134,238.00
4.1.136	57080968	5	665,610.00
4.1.137	105804077	1	395,460.00
4.1.138	105804077	2	197,730.00
4.1.139	104105469	2	49,358.92
4.1.140	103186681	2	20,130.00
4.1.141	107088896	3	938,394.00
4.1.142	25808897	8	181,600.00
4.1.143	25792851	1	267,529.00
4.1.144	101688659	1	275,790.00
4.1.145	25808885	6	63,569.00
4.1.146	104105469	3	69,475.00
4.1.147	56803306	1	5,599,165.33
4.1.148	56803306	2	47,090,910.00
4.1.149	56853404	2	187,000.00
4.1.150	56792976	1	87,900.00
4.1.151	56805853	1	143,000.00
4.1.152	56805856	1	130,000.00
4.1.153	56805888	1	117,900.00
4.1.154	57080796	1	87,800.00
4.1.155	57080797	1	87,800.00
4.1.156	57080800	1	87,800.00
4.1.157	57080803	1	67,000.00
4.1.158	57080804	1	90,000.00
4.1.159	57080875	1	87,900.00
4.1.160	57080877	1	90,000.00
4.1.161	56803195	1	137,960.00
4.1.162	56803332	1	140,900.00
4.1.163	56803204	1	120,000.00
4.1.164	56803332	2	143,000.00
4.1.165	105884132	2	3,962,630.00
4.1.166	105884132	3	3,533,870.00
4.1.167	25808847	9	114,210.00

#	No. Radicado Fosyga (MYT 01/02)	No. Item	Valor de Recobro
4.1.247	103267012	3	19,300.00
4.1.248	55247880	1	46,234.00
4.1.249	102048280	5	276,811.00
4.1.250	56853407	2	131,450.00
4.1.251	56853431	3	105,500.00
4.1.252	102048280	2	48,677.00
4.1.253	57081063	3	117,986.00
4.1.254	57103570	1	65,497.00
4.1.255	57103570	2	67,697.00
4.1.256	57103570	3	67,697.00
4.1.257	57103570	4	67,697.00
4.1.258	57103570	5	67,697.00
4.1.259	57103570	6	67,697.00
4.1.260	57103570	7	67,697.00
4.1.261	57103570	8	67,697.00
4.1.262	57103570	9	67,697.00
4.1.263	57103570	10	67,697.00
4.1.264	57103570	11	67,697.00
4.1.265	57103570	12	67,697.00
4.1.266	57103570	13	58,026.00
4.1.267	56793109	2	11,660.00
4.1.268	56853640	2	11,650.00
4.1.269	57080998	3	6,540.00
4.1.270	56853452	1	11,660.00
4.1.271	55247859	1	23,520.00
4.1.272	57080968	1	143,708.00
4.1.273	105596139	2	74,952.00
4.1.274	105596139	1	305,352.00
4.1.275	25808653	8	38,880.00
4.1.276	102880590	2	45,825.00
4.1.277	101864861	1	65,850.00
4.1.278	25792923	5	86,800.00
4.1.279	102061809	1	112,100.00
4.1.280	102061841	1	103,400.00
4.1.281	105803925	4	1,725,288.00
4.1.282	104105469	1	196,297.00
4.1.283	57081063	1	220,027.00
4.1.284	56853656	1	131,364.00
4.1.285	56853657	1	80,153.00
4.1.286	25792912	4	126,900.00
4.1.287	105803938	3	112,350.00
4.1.288	25800278	1	4,901,666.00
4.1.289	103267409	3	23,076.00
4.1.290	102611775	3	24,148.00

4.1.45	25808653	10	24,580.00
4.1.46	106797852	2	2,062,368.00
4.1.47	26154380	3	66,660.00
4.1.48	101688659	4	21,456.00
4.1.49	106519159	3	234,330.00
4.1.50	56853555	1	8,680,000.00
4.1.51	101688706	2	980,220.00
4.1.52	100397354	3	229,600.00
4.1.53	100397354	2	149,788.00
4.1.54	25808753	2	124,500.00
4.1.55	106797844	1	984,400.00
4.1.56	57073008	2	1,152,455.00
	56853575	1	12,060.00
	101688476	2	17,660.00
4.1.59	25808653	12	15,480.00
4.1.60	103186396	4	114,818.00
4.1.61	57103436	4	7,969.00
4.1.62	101689031	4	2,433.00
4.1.63	25792839	3	2,700.00
4.1.64	25808653	9	26,407.00
4.1.65	57073103	1	12,622.00
4.1.66	101688659	2	197,456.00
4.1.67	25808654	3	79,702.00
4.1.68	57073080	1	16,490.00
4.1.69	101473106	3	2,546,535.00
4.1.70	105834251	2	124,650.00
4.1.71	56853430	1	156,834.00
4.1.72	102061841	3	13,868.00
4.1.73	102061809	2	47,723.00
	102061841	2	31,815.00
	101688751	2	18,221.00
4.1.76	104105646	1	255,632.00
4.1.77	105113547	3	76,760.00
4.1.78	103267216	6	12,039.00
4.1.79	25808753	1	379,000.00
4.1.80	25808661	1	171,150.00
4.1.81	103186396	2	182,550.00
4.1.82	25792823	4	88,470.00
4.1.83	25808945	3	191,700.00
4.1.84	25808847	12	37,300.00
4.1.85	102880603	1	14,325.00
4.1.86	102880603	2	7,163.00
4.1.87	103267012	1	4,056,020.00
4.1.88	25792695	2	55,580.00
4.1.89	101688467	2	12,674.00
4.1.90	103186681	1	68,484.00
4.1.91	25808897	6	218,100.00
4.1.92	25808945	2	218,100.00

4.1.168	102285848	1	1,153,890.00
4.1.169	106797844	2	1,080,611.00
4.1.170	57073112	1	7,587.00
4.1.171	103267012	7	78,950.00
4.1.172	106870595	3	318,600.00
4.1.173	25792823	5	60,390.00
4.1.174	25792851	2	55,475.00
4.1.175	25792865	7	36,775.00
4.1.176	25808994	3	16,750.00
4.1.177	25808694	4	16,750.00
4.1.178	25808753	7	16,750.00
4.1.179	26159099	1	25,800.00
4.1.180	103267012	10	489,450.00
4.1.181	25808654	4	76,850.00
4.1.182	26159349	1	1,130,724.00
4.1.183	25808986	1	188,088.00
4.1.184	25808985	2	108,610.00
4.1.185	56853663	1	1,817,161.00
4.1.186	106519617	2	48,727.48
4.1.187	106414917	2	48,727.48
4.1.188	106414369	2	48,727.48
4.1.189	102880632	1	48,727.00
4.1.190	102880399	1	48,727.00
4.1.191	102880424	2	48,727.00
4.1.192	57080825	2	10,447,634.00
4.1.193	57080825	1	2,041,615.00
4.1.194	101561928	1	29,647,431.00
4.1.195	104563221	1	51,069.60
4.1.196	25808847	15	11,118.00
4.1.197	25808847	13	37,054.00
4.1.198	103186692	1	332,339.00
4.1.199	103186692	2	332,339.00
4.1.200	25808681	4	11,419.00
4.1.201	25808681	3	44,754.00
4.1.202	26154380	4	34,965.00
4.1.203	25792912	1	192,330.00
4.1.204	103267012	2	41,777.00
4.1.205	103267012	4	7,316.00
4.1.206	25808753	6	21,614.00
4.1.207	25808753	5	40,010.00
4.1.208	105804059	2	33,270.00
4.1.209	25808945	1	241,460.00
4.1.210	25808685	3	97,585.00
4.1.211	103541005	1	21,070.00
4.1.212	106870595	2	85,290.00
4.1.213	25808653	4	90,390.00
4.1.214	103267012	13	2,156,434.00
4.1.215	25802225	1	269,282.00

4.1.291	26158979	1	139,200.00
4.1.292	26158979	2	139,200.00
4.1.293	26158979	3	139,200.00
4.1.294	56853407	1	2,295.00
4.1.295	56853407	3	4,990.00
4.1.296	56853407	4	5,005.00
4.1.297	56793183	1	50,376.00
4.1.298	56853665	1	60,660.00
4.1.299	55247836	1	16,086.00
4.1.300	105803938	1	30,810.00
4.1.301	57080947	1	20,888.00
4.1.302	102048280	3	371,204.00
4.1.303	57080968	4	1,365,330.00
4.1.304	57080917	1	6,900,000.00
4.1.305	103267012	11	2,088,864.00
4.1.306	56793108	1	83,100.00
4.1.307	56793109	1	49,090.00
4.1.308	56853452	2	83,100.00
4.1.309	56853455	1	54,750.00
4.1.310	56853640	1	68,925.00
4.1.311	57073008	1	116,570.00
4.1.312	57080998	4	72,125.00
4.1.313	55247859	3	116,570.00
4.1.314	103267012	12	5,905.00
4.1.315	108414964	2	100,639.20
4.1.316	56803301	1	72,457.33
4.1.317	55247833	1	175,240.00
4.1.318	25808847	3	284,442.00
4.1.319	56853416	4	8,343.00
4.1.320	101561732	1	8,047.00
4.1.321	103186544	1	50,146.00
4.1.322	102880318	2	50,146.00
4.1.323	25808653	11	17,829.00
4.1.324	106569761	2	26,482.50
4.1.325	102880669	1	17,858.00
4.1.326	25808653	3	109,050.00
4.1.327	101473106	2	190,000.00
4.1.328	104585716	2	2,085,460.00
4.1.329	56793109	3	44,250.00
4.1.330	56853452	3	7,290.00
4.1.331	57080998	1	51,607.00
4.1.332	57080998	2	44,250.00
4.1.333	101473106	4	321,000.00
4.1.334	55247859	6	152,950.00
4.1.335	107088896	2	292,911.00
4.1.336	103186541	2	38,548.00
4.1.337	101688694	2	77,186.00
4.1.338	101688476	1	28,285.00



4.1.193	103186403	2	115,584.00
4.1.194	57081063	2	175,986.00
4.1.195	56793183	2	2,736.00
4.1.196	56853430	2	1,755.00
4.1.197	107088896	1	76,370.00
4.1.198	103267012	8	186,250.00
4.1.199	25808897	5	247,600.00
4.1.100	25808654	1	5,080,857.00
4.1.101	106519617	1	48,975.00
4.1.102	106414917	1	42,430.00
4.1.103	106414369	1	48,975.00
4.1.104	101473106	9	24,840.00
	103267216	7	39,074.00
	25808885	4	97,550.00
4.1.107	56793183	3	37,420.00
4.1.108	102048280	4	43,333.00
4.1.109	101473106	8	9,768.00
4.1.110	25808653	13	10,920.00
4.1.111	106569789	2	16,470.00
4.1.112	25808897	7	187,860.00
4.1.113	100233500	1	72,830.00
4.1.114	100233500	2	72,830.00
4.1.115	100233500	3	72,830.00
4.1.116	101274324	2	10,999.00
4.1.117	105804059	1	64,950.00
4.1.118	55331062	1	179,340.00
4.1.119	101561732	2	1,052,375.00
4.1.120	103186622	2	36,280.00
4.1.121	102880313	2	36,280.00
	57080959	1	104,455.00
	25808897	13	63,382.00

4.1.216	26159024	1	45,900.00
4.1.217	25808847	8	116,406.00
4.1.218	25808897	12	116,406.00
4.1.219	25792695	1	250,010.00
4.1.220	56853416	1	7,328.00
4.1.221	55247859	4	104,040.00
4.1.222	25792923	6	86,722.00
4.1.223	55247859	5	36,889.00
4.1.224	101688452	1	370,073.00
4.1.225	101688753	1	1,113,101.00
4.1.226	55247899	1	12,121.00
4.1.227	103267216	2	46,055.00
4.1.228	101688694	1	95,460.00
4.1.229	102880276	1	138,900.00
4.1.230	106569761	1	14,046.00
4.1.231	101688539	1	1,536,759.00
4.1.232	57080868	1	5,501.00
4.1.233	101561732	3	5,701.00
4.1.234	102285848	4	26,110.00
4.1.235	102285848	3	1,467.00
4.1.236	25808847	10	67,450.00
4.1.237	25808847	5	139,450.00
4.1.238	25808653	6	47,450.00
4.1.239	106843197	2	345,678.00
4.1.240	57081061	1	199,320.00
4.1.241	101688734	1	797,966.00
4.1.242	101688734	2	797,966.00
4.1.243	101688734	3	797,966.00
4.1.244	56853431	2	7,543.00
4.1.245	55247867	2	40,900.00
4.1.246	103267012	6	484,704.00

4.1.339	25808653	7	39,692.00
4.1.340	25808694	1	205,100.00
4.1.341	25808986	3	150,900.00
4.1.342	25792865	2	150,900.00
4.1.343	103267216	5	52,686.00
4.1.344	56853404	1	8,757,326.00
4.1.345	102048251	2	11,600,264.00
4.1.346	103267216	4	3,010.00
4.1.347	103186603	3	119,784.00
4.1.348	101473106	7	180,151.00
4.1.349	102285822	2	119,492.00
4.1.350	25808885	8	41,380.00
4.1.351	26159022	1	23,960.00
4.1.352	103186622	1	117,827.00
4.1.353	102880590	1	117,827.00
4.1.354	102880313	1	117,827.00
4.1.355	25808945	5	58,836.00
4.1.356	105803938	4	214,260.00
4.1.357	26158989	1	525,670.00
4.1.358	26158989	2	1,071,640.00
4.1.359	104585716	1	125,292.00
4.1.360	55377896	1	139,360.00
4.1.361	25792923	3	90,042.00
4.1.362	25808847	11	39,296.00
4.1.363	25808847	6	138,796.00
4.1.364	100233374	1	122,535.00
4.1.365	100233374	2	52,275.00
4.1.366	101473106	6	19,656.00
4.1.367	103658403	1	247,912.00
4.1.368	102880324	1	305,190.00
4.1.369	101688706	1	1,622,547.00
4.1.370	103186396	1	394,050.00
			250.053.918

4.2.- De acuerdo a la declaración efectuada en el numeral anterior, se condene a la **Nación – Ministerio de Salud y Protección Social y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES**, en la modalidad de indemnización del daño emergente, al reconocimiento y pago a favor de **EPS SANITAS S.A.** de la suma de **DOSCIENTOS CINCUENTA MILLOS CERO CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS (\$250.053.918)**, que corresponden a **ciento sesenta y tres (163)** solicitudes de recobro, que se discriminan en **trescientos setenta (370) ítems**

4.3.- Se declare la responsabilidad de la **Nación – Ministerio de Salud y Protección Social y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES** en la causación de los perjuicios en la modalidad de daño emergente causados a la **E.P.S. SANITAS S.A.**, que ascienden a la **VEINTICINCO MILLONES CERO CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS (\$25.005.391)**, 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.

10

4.4.- En la modalidad de lucro cesante, se condene a los demandados a pagar a favor de las demandantes, **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.

4.5.- Condene a las demandadas al pago de costas y agencias en derecho.

SUBSIDIARIA

4.6.- En el caso 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 demandante.

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

5.1.- EPS Sanitas SA, autorizó el suministro **MEDICAMENTOS** que no se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, a diferentes usuarios.

5.2.- La cobertura del suministro de **MEDICAMENTOS**, tuvo como fundamento diversas órdenes dadas en decisiones tomadas en el trámite de acciones de tutela. (información relacionada en la base de datos que se adjunta con la demanda)

5.3.- Una vez suministrados los medicamentos requeridos por los usuarios, las IPS autorizadas radicaron ante **EPS SANITAS S.A.**, las correspondientes facturas de venta de servicios acompañadas de los soportes que acreditaban la efectiva entrega del mismo para efectos de su cancelación tal como se discrimina en la base de datos adjunta.

5.4.- Debido a que los **MEDICAMENTOS** suministrados a los pacientes no se encontraban incluidos en el POS, EPS SANITAS S.A. procedió a elevar su reclamación ante el Ministerio de Salud y Protección Social lo cual que 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).

5.5.- Pese a que se trató de **MEDICAMENTOS** no incluidos en el POS y cuya entrega obedeció a una orden judicial, el Ministerio de Salud y Protección Social, representado para la fecha por el Consorcio Administrador del Fosyga, glosó la totalidad de los recobros reclamados con fundamento

en las causales que se relacionan a continuación:

No. Radicado Fosyga (MYT 01/02)	Descripción de la Glosa	No. Radicado Fosyga (MYT 01/02)	Descripción de la Glosa	No. Radicado Fosyga (MYT 01/02)	Descripción de la Glosa
105804031	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	103186544	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	55247880	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.
105804031	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56853416	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	102048280	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
105804031	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	102880324	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56853407	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.

12

25792912	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808885	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56853431	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.
103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56793190	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	102048280	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
25808653	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56853528	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57081063	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
57073102	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	101688659	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

25808897	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25792865	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del medico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio medico o prestación de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
25792912	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25800225	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del medico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio medico o prestación de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
25808897	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56853431	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del medico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio medico o prestación de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
101473106	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	103267216	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del medico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio medico o prestación de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

13

25792923	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808897	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del medico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio medico o prestacion de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
25808653	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57080968	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del medico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio medico o prestacion de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
25808653	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	105804077	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del medico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio medico o prestacion de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

102880659	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	105804077	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
57080917	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	104105469	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
56793190	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	103186681	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
55247922	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente.	107088896	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

57080968	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el articulo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808897	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolucion. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el articulo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57103570	2-12 La fecha de solicitud del medico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio medico o prestacion de salud 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el articulo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
102048280	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25792851	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolucion. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el articulo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56793109	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el articulo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente.
103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	101688659	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56853640	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el articulo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente.

101688560	<p>1001 Las fechas de solicitud del medicamento tratante, autorización y/o prestación no son consistentes</p> <p>1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.</p>	25808885	<p>4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución.</p> <p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>	57080998	<p>2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.</p> <p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>
57080968	<p>2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.</p> <p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>	104105469	<p>1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.</p>	56853452	<p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p> <p>2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.</p>
101274324	<p>1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.</p>	56803306	<p>2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.</p> <p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>	55247859	<p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p> <p>2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.</p>
101473106	<p>1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.</p>	56803306	<p>2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.</p> <p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>	57080968	<p>2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.</p> <p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>

102181042	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56853404	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	105596139	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
102285822	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56792976	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente.	105596139	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
56853659	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56805853	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808653	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolucion. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

106414964	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56805856	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente.	102880590	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
25808897	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56805888	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	101864851	1703 El monto a reconocer presenta diferencias 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1301 El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio
25808681	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57080796	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25792923	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

105113547	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1301 El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	57080797	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	102061809	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
106519159	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57080800	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	102061841	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
101473106	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57080803	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	105803925	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1301 El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio 1703 El monto a reconocer presenta diferencias
25792865	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57080804	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	104105469	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

25800278	<p>4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>	57080875	<p>2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>	57081063	<p>4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>
101688751	<p>1001 Las fechas de solicitud del medicamento tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.</p>	57080877	<p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.</p>	56853656	<p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.</p>
106797844	<p>1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.</p>	56803195	<p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.</p>	56853657	<p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.</p>

25808897	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	105884132	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	103267409	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
102048251	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	105884132	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	102611775	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
25808885	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808847	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	26158979	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
25808653	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	102285848	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	26158979	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

106797852	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
26154380	1-05 No se adjunta copia del fallo o fallos de tutela 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.
101688659	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.
106519159	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.

25

56853555	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolucion. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
101688706	1001 Las fechas de solicitud del medicamento y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
100397354	0102 El Acta de CTC no contiene ni avala la información requerida por la normativa vigente 1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
100397354	0102 El Acta de CTC no contiene ni avala la información requerida por la normativa vigente 1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1301 El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio

25808753	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolucion. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808694	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolucion. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57080947	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente.
106797844	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808753	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolucion. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	102048280	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
57073008	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	26159099	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57080968	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
56853575	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57080917	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.

101688476	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808654	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
25808653	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	26159349	1-05 No se adjunta copia del fallo o fallos de tutela 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56793108	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
103186396	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808986	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56793109	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.
57103436	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808885	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56853452	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.

101689031	<p>1001 Las fechas de solicitud del medicamento tratante, autorización y/o prestación no son consistentes</p> <p>1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.</p>	56853663	<p>2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>	56853455	<p>2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>
25792839	<p>4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución.</p> <p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>	106519617	<p>1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.</p>	56853640	<p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente.</p>
25808653	<p>4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución.</p> <p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.</p>	106414917	<p>1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.</p>	57073008	<p>1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.</p>

57073103	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	106414369	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57080998	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
101688659	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	102880632	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	55247859	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.
25808654	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	102880399	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

57073080	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	102880424	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	105414964	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
101473106	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	57080825	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56803301	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
105834251	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1301 El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	57080825	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	55247833	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
56853430	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	101561928	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808847	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

102061841	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	104563221	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1301 El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	56853416	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
102061809	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808847	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolucion. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	101561732	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
102061841	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808847	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolucion. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	103186544	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
101688751	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes . 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	103186692	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	102880318	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

104105646	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	103186692	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808653	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
105113547	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1301 El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	25808681	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	106559761	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
103267216	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808681	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	102880669	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

25808753	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	26154380	1-05 No se adjunta copia del fallo o fallos de tutela 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808653	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
25808681	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25792912	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	101473106	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
103186396	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	104585716	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1301 El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio
25792923	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56793109	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente.

25808945	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808753	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56853452	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestacion de salud No Pos al paciente.
25808847	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808753	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	57080998	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
102880603	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	105804059	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1703 El monto a reconocer presenta diferencias	57080998	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
102880603	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808945	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	101473106	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.
25792695	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1301 El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
101688467	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
103541005			
25808885			
55247859			
103186541			

103186681	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25808653	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	101688694	1001 Las fechas de solicitud del máximo tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1703 El monto a reconocer presenta diferencias
25808897	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	101688476	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
25808945	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25800225	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808653	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
103186403	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	26159024	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 1-05 No se adjunta copia del fallo o fallos de tutela	25808694	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.

57081063	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808847	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808986	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
56793183	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25808897	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25792865	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
56853430	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio medico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	25792695	4-05 Uno o varios items incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	103267216	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
107088896	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56853416	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	56853404	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	55247859	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	102048251	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

101274324	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	106843197	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	25806847	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.
105804059	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002. 1703 El monto a reconocer presenta diferencias	57081061	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	100233374	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
55331062	2-03 No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	101688734	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	100233374	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

44

101561732	1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	101688734	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	101473106	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
103186622	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	101688734	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	103658403	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
102880313	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	56853431	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	102880324	1801 La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificatorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

57080959	1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002. 2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	55247867	2-02 La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	101688706	1001 Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes 1802 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
25808897	4-05 Uno o varios ítems incluidos en el recobro presenta alguna causal de rechazo o devolución. 1-01 Solicitud de Recobro presentada en forma extemporanea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	103186396	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.
				103267012	1801 La solicitud se presenta en forma extemporanea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificador del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.

5.6.- EPS SANITAS SA, recibió por parte del Consorcio el resultado de la auditoría mediante la comunicación que se relaciona a continuación:

Bases	Comunicaciones	Fecha
-------	----------------	-------

		Comunicaciones	Recibido EPS	Autorización pago
MYT04091509	UTF2014-OPE-9028	26/11/2015	30/11/2015	26/11/2015
MYT04555221	UTF2014-OPE-7312	15/07/2015	16/07/2015	15/07/2015
MYT04051505	UTF2014-OPE-8535	13/10/2015	14/10/2015	13/10/2015
MYT04061506	UTF2014-OPE-8683	26/10/2015	27/10/2015	26/10/2015
MYT04101510	UTF2014-OPE-9707	16/12/2015	18/12/2015	16/12/2015
MYT04338112	UTNF-DO-2846	25/04/2014	26/04/2014	25/04/2014

5.7.- Las ciento sesenta y tres (163) solicitudes de recobro, que se discriminan en trescientos setenta (370) ítems, que son objeto de la presente demanda representan un derecho económico a favor de mi representada que asciende a la suma de DOSCIENTOS CINCUENTA MILLOS CERO CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS (\$250.053.918)

5.8.- Con la negativa de las demandas a cancelar las cuentas presentadas de recobro materia de la presente demanda se puso fin a la actuación administrativa correspondiente.

5.9.- Hasta la fecha, EPS Sanitas SA, se ha visto en la imposibilidad de recuperar por vía administrativa las erogaciones en que incurrió inicialmente para cumplir la orden dada en el fallo de tutela.

5.10.- Se radicó Reclamación Administrativa ante el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES, entidades que dieron repuesta negativa a nuestra solicitudes.

FECHA RADICACIÓN RECLAMACION MINSALUD	NO. RADICADO RECLAMACIÓN MINSALUD	FECHA RESPUESTA RA MINSALUD	NO. RADICADO RESPUESTA RA MINSALUD	FECHA DE RECIBIDO EPS MINSALUD	FECHA RADICACIÓN RECLAMACION ADRES	NO. RADICADO RECLAMACIÓN ADRES
30/12/2016	201642302697022				19/12/2017	E11910191217051942E000002661600

5.11.- El suministro de los servicios enunciados ha significado para mis representadas 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.

5.12- Para la entrega efectiva de estos insumos que originaron los trámites administrativos y judiciales de los **ciento sesenta y tres (163) solicitudes de recobro**, 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

5.13.-. 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 la orden contenida en el fallo de tutela, que desbordaba financieramente las estimaciones actuariales de la UPC.

6. FUNDAMENTOS DE DERECHO DE LA DEMANDA

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

Resolución 3615 de 2005	Adoptó formatos para la presentación de las solicitudes de recobro
Resolución 4568 de 2.005	Autorizó un procedimiento excepcional para la revisión de la auditoria de las solicitudes de recobro presentadas ante el FOSYGA, por concepto de medicamentos No POS ordenados por fallos de tutela o autorizados por el CTC durante el periodo comprendido entre el 20 de diciembre de 2.002 y el 20 de noviembre de 2.004 y que registraran como causal única de glosa haberse presentado en forma extemporánea
Resolución 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

70

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 periodo 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 periodos 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, periodos de radicación y criterios de evaluación de los cobros 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 5521 de 2013	Artículo 61. Kit de ostomía. El Plan Obligatorio de Salud cubre hasta ciento cuatro (104) kits de ostomía anuales para los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon y recto y según la indicación del médico tratante. Cada kit está constituido por: barrera (galleta o caralla), bolsa, cemento (pegante) y gancho (pinza)*.
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
Resolución 5926 de 2014	Por la cual se ajusta el Anexo 01 de la Resolución 5521 de 2013
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.

52

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/ Colectomía 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

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

El Plan Obligatorio de Salud, se debe financiar mediante la Unidad de Pago por Capitación- UPC, la cual de conformidad con la Ley 100 de 1993, debe atender el perfil epidemiológico de la población, los riesgos a cubrir y los costos de la prestación del servicio. Lo anterior con el fin de preservar el

equilibrio del sistema, de allí que dicha unidad deba atender variables económicas que hagan viable la operación mediante una asignación de recursos eficiente, de lo contrario, su insuficiencia da lugar a una UPC deficitaria, lo cual deriva en una afectación tanto para el Sistema como para sus afiliados.

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

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

El presente medio de control se enmarca en el contexto del sistema de autorizaciones para la cobertura de medicamentos excluidos o no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, POS, cuyo cubrimiento de su importe por parte de las Entidades Promotoras de Salud, se encontraba cargo anteriormente del **Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga**, Hoy en día la entidad encargada es la **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES)**.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tan es así, que por mandato legal el recobro ante el Ministerio de Salud y Protección Social, se hacia primero a través del FOSYGA y hoy en día esa función le corresponde a la **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES)** ADRES y 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 anteriormente ante la **Subcuenta de Compensación** del citado **Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga**, del **Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**, función que hoy en día le corresponde a la **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES)**, para recobrar los valores efectivamente sufragados por dichas Empresas, por concepto de las prestaciones asistenciales que **NO** les corresponde cubrir.

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

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

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

***recobros, se genera además, una presión sobre éstas para dejar de autorizar la prestación de servicios de servicios no contemplados en el POS.** Así pues, en la medida que la capacidad del Sistema de Salud para garantizar el acceso a un servicio de salud depende de la posibilidad de financiarlo sin afectar la sostenibilidad del Sistema, el que no exista un flujo de recursos adecuado para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, no incluidos dentro de los planes de servicio, obstaculiza el acceso a dichos servicios. Con relación al cumplimiento oportuno de los fallos de tutela y al derecho al recobro de servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios ante el Fosyga, se plantean, a su vez, tres conjuntos de órdenes.(...)"*

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

Dicho procedimiento de recobro anteriormente se llevaba a cabo ante el **Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga**, el cual fue creado como una cuenta especial adscrita al **Ministerio de Salud y Protección Social**, sin personería jurídica ni estructura administrativa, que se manejaba por encargo fiduciario y cuyos recursos se destinaban a la inversión en salud, bajo criterios de distribución y utilización fijados por el entonces Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS.

A partir del primero (1º) de agosto de dos mil diecisiete, este trámite debe surtirse a través de la **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, (ADRES)** creada por la **Ley 1753 de 2016 artículo 66** y la cual es asimilada a una empresa industrial y comercial de Estado, que hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, que cuenta con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, prescribe el citado artículo:

"ARTÍCULO 66. Del manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, créase una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado que se denominará Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La Entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente.
(...)"

El Gobierno Nacional determinará el régimen de transición respecto del inicio de las funciones de la Entidad y las diferentes operaciones que realiza el Fosyga. En el periodo de transición se podrán utilizar los excedentes de las diferentes Subcuentas del Fosyga para la garantía del aseguramiento en salud. Una vez entre en operación la Entidad a que hace referencia este artículo, se suprimirá el Fosyga".

Y a su vez en atención a lo señalado en los artículos 26 y 27 del **Decreto 1429 de 2016**²

² "Por medio del cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y se dictan otras disposiciones"

ARTÍCULO 26. TRANSFERENCIA DE PROCESOS JUDICIALES Y DE COBRO COACTIVO. *La defensa en los procesos judiciales que esté a cargo de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y los trámites administrativos tendientes al cobro coactivo que esté adelantando la misma Dirección al momento en que la Entidad asuma la administración de los recursos del SGSSS, serán asumidos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), transferencia que constará en las actas que se suscriban para el efecto.*

La vigilancia de los procesos judiciales y prejudiciales de competencia de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, que por su naturaleza correspondan a la Administradora de los Recursos del SGSSS (ADRES), continuarán adelantándose en el marco del contrato de vigilancia judicial suscrito por el Ministerio de Salud y Protección Social hasta la terminación del mencionado contrato, debiendo reportar lo pertinente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)”

“ARTÍCULO 27. TRANSFERENCIA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES. *Todos los derechos y obligaciones que hayan sido adquiridos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la administración de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, (Fosyga) y del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), se entienden transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).*

Todos los derechos y obligaciones a cargo del Fosyga pasarán a la Administradora de los Recursos del SGSSS (ADRES) una vez sean entregados por el Administrador Fiduciario de conformidad con lo establecido en el contrato de encargo fiduciario con este celebrado”.

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 ante la **ADRES**, por cuanto su provisión es obligatoria, en cumplimiento de fallos de tutela o de autorizaciones de los referidos Comités, cuando tal provisión esté sometida por el régimen jurídico a este requisito.

Para acatar la orden impartida por la Corte Constitucional, el **Ministerio de Salud y Protección Social** expidió la **Resolución 2948 de 2003, ya mencionada, que reguló el procedimiento aplicable a los recobros ante el Fosyga, quien anteriormente era el encargado de los recobros** 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 hoy en día por la **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES)**

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

A pesar de los significativos avances de sus disposiciones en la regulación, racionalización, precisión, simplificación y agilización de los recobros, ni las reglas adoptadas, ni el procedimiento dispuesto, pero, sobre todo, la conducta y actuaciones de la **demandada** en su aplicación, han conducido a hacer efectivo en términos cualitativos, cuantitativos y de oportunidad este derecho indiscutible de las EPS, circunstancia que, unida a las deficiencias en la formulación del Plan Obligatorio de Salud, POS, en su contenido y en la suficiencia de las Unidades de Pago por Capitalización, 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, **Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES)**, 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, el procedimiento de lo aquí recobrado para la fecha en que se prestaron los servicios tuvo el siguiente trámite:

- El usuario acude a su médico tratante, quien le prescribe un medicamento, insumo, tratamiento o servicio médico que no está incluido en el Plan de Beneficios del POS, o para cuya práctica o suministro no reúne el período mínimo de cotización exigido.
- En razón de cualquiera de estas circunstancias, la EPS a la que se encuentra afiliado o de la cual es beneficiario no está obligada a proveer, practicar o prestar el medicamento, insumo, tratamiento o servicio de que se trate.
- Con arreglo a la normatividad y a la jurisprudencia vigente en materia de Salud, este usuario puede solicitar por vía administrativa autorización del Comité Técnico Científico, CTC u optar por la vía judicial, en ejercicio de la Acción de Tutela.
- Como resultado de una u otra podrá generarse o bien una autorización del Comité para cumplir la prescripción del médico, o bien una orden judicial que la imponga.
- En cumplimiento de una u otra, la EPS debe impartir orden de servicio a una institución prestadora de salud, IPS de su red, u orden de suministro de medicamento o insumo médico a uno de sus proveedores.
- Provisto el servicio, suministrado el medicamento o insumo, o practicado el tratamiento, la IPS o el proveedor respectivo los facturan a la EPS, que debe cancelarlos con recursos propios, en plazo no superior a un (1) mes, como lo dispone en la actualidad el Decreto 4747 de 2007, o en los términos de la normativa anterior a la expedición de la Ley 1122 de 2007.
- Recibidas y canceladas integralmente las facturas de los prestadores, procede el recobro de su importe con cargo a la **Subcuenta de Compensación del Fosyga**, para cuyo efecto deben diligenciarse formatos especiales, y acompañarse la documentación completa que soporte la solicitud de recobro, conforme a las resoluciones 3099 y 3754 de 2008.
- Cumplidos todos los requisitos legales, la solicitud de recobro se radica ante el **Consortio**

Administrador del **Fosyga**, dentro de los primeros quince (15) días de cada mes y en plazo que no puede ser superior a seis (6) meses, contados a partir de la fecha de recibo de las facturas de la IPS o del correspondiente proveedor; en su caso, toda vez que, según lo ha reconocido la Jurisprudencia de la Corte Constitucional, solamente entonces la EPS está en capacidad de acreditar la orden correspondiente ante el **Consortio**.

- Este último dispone de dos (2) meses para informar a la EPS el resultado de la revisión y trámite de las solicitudes de recobro, de acuerdo con alguna de las siguientes opciones:
 - A. Aprobación y pago
 - B. Formulación de glosas
 - C. Rechazo
- Las glosas pueden: (i) ser atribuibles a la EPS, o (ii) ser imputables a errores de auditoría del **Consortio** Administrador del **Fosyga**.
- En cualquiera de los dos (2) eventos señalados, la EPS puede reelaborar la solicitud de recobro, previa corrección o complementación de las fallas o insuficiencias que motivaron la glosa, o acreditar la falla de la auditoría y radicar nuevamente las solicitudes de recobro glosadas, en los formatos señalados para el efecto.
- El Administrador del **Fosyga** dispone de un término perentorio de un (1) mes para dar respuesta a la objeción formulada.

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 (entidad que manejaba la subcuenta del Ministerio de Salud y Protección Social)**; 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.

7.1 LAS GLOSAS IMPUESTAS

El derecho al recobro de las prestaciones que se reclaman, 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 la EPS SANITAS S.A., 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, (entidad que manejaba la subcuenta del Ministerio de Salud y Protección Social) (Hoy a cargo de la ADRES)** 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 la EPS SANITAS S.A., 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.

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 exlimitación 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 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, órtesis, 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) corresponden 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.-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, negación que un actuar negligente, culposo y omisivo, como quiera que no es cierto que los servicios sobre los cuales versan los recobros objeto de esta controversia se encontraran incluidos en el POS al momento de la prestación del servicio y mucho menos que estuvieran costeados por la UPC, para dar paso a la glosa mediante la cual se 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** 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. (entidad que manejaba la subcuenta del Ministerio de Salud y Protección Social)**

Pese a tratarse de servicios NO POS, las solicitud de recobro presentadas en su momento por EPS Sanitas ante el Consorcio administrador del Fosyga (**entidad que manejaba la subcuenta del Ministerio de Salud y Protección Social**), 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, 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**.

7.3.- 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*,⁵ 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:

- 1.- 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 negligencia³”;
2. 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.

5. 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 acción in rem verso.

³ Consejo de Estado, Sala Contencioso Administrativo – Sección Tercera, 17 de junio de 2007. Expediente 14.669. M.P.: Ramiro Saavedra Becerra.

67

3. 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 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 (entidad que manejaba la subcuenta del Ministerio de Salud y Protección Social) 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 Sanitas⁴, 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 CTC⁵.

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*⁶“.

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 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 ⁷ 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 usuarios⁸, lo que aunado al tema de las zonas grises ha generado para las EPS una clara **Inseguridad Jurídica** frente a lo que esta y no cubierto por el POS.

⁴ “(...) El enriquecimiento injusto o sin causa –términos que para los autores son indudablemente sinónimos- es fuente de obligaciones; esta fuente genera una obligación que es de reparación del perjuicio ocasionado; se reconoce como principio general del derecho; se subraya la injusticia del enriquecimiento como fundamento y, por último, al establecer los requisitos se sigue la tradición germano-italiana: un incremento patrimonial de cualquier clase, la carencia de razón jurídica que la fundamente y el correlativo enriquecimiento de otra persona. Es la falta de razón jurídica que fundamente el empobrecimiento lo que se expresa diciendo que es injusto o sin causa.” (negritas fuera del texto original) DIEZ – PICASO, Luis y DE LA CAMARA, Manuel “Dos estudios sobre el enriquecimiento sin causa”, Ed. Civitas, 1988, Madrid, Pág. 33.

⁵ Consejo de Estado, Sala Contencioso Administrativo – Sección Tercera: - Sentencia 10 de septiembre de 1.992. Expediente. 6822, y - Sentencia del 7 de junio de 2007. Expediente 14.669. M.P.: Ramiro Saavedra Becerra.

⁶ Corte Constitucional Sent. T – 472 de 2.009, M.P. Dr. Jorge Iván Palacio Palacio.

⁷ Sentencia T-760 de 2.008, Corte Constitucional, M.P. Dr. José Cepeda Espinosa.

⁸ Sentencia T-025 de 2.006, Corte Constitucional, M.P. Dr. Alfredo Beltrán Sierra.

7.4.- RESPONSABILIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE LA PROTECCION SOCIAL.

Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) ADRES, es una entidad de naturaleza especial del nivel descentralizado del orden nacional asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado, la cual hace parte del SGSSS y está adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, esta adscripción implica un control de tutela sobre el funcionamiento del citado fondo en cabeza del citado Ministerio.

Al estar **LA ADRES** adscrita 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 dicha entidad, siendo este el que direcciona los recursos a los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La dirección y control de **LA ADRES** 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.

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.

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.

7.5.- A continuación se relacionan las diferentes agrupaciones de servicios y procedimientos que hacen parte de la presente demanda y que no se encontraban incluidos en el POS al momento de la prestación de los servicios, así:

- **MEDICAMENTOS COMERCIALES**
- **SERVICIOS ASISTENCIALES ESPECIALIZADOS DE TRASLADOS Y TRANSPORTE**

MEDICAMENTOS COMERCIALES

Para una mejor comprensión de los antecedentes fácticos generales de esta solicitud, a continuación se consigna el significado de los términos médico científicos relevantes para efectos de la presente demanda:

- **Fármaco:** Cualquier sustancia creada, producida o elaborada por el hombre o por otros organismos y utilizada por aquel para alguna una actividad terapéutica específica, que puede llegar a producir efectos medibles, sensibles o esperados al organismo vivo suministrado.
- **Principio Activo:** *Toda materia, cualquiera que sea su origen, humano, animal, vegetal, químico o de otro tipo, a la que se atribuye una actividad apropiada para constituir un medicamento.*
- **Denominación Común Internacional (DCI):** Nombre científico de un medicamento que corresponde al dominio público asignado por la Organización Mundial de la Salud, para

facilitar la identificación de un principio activo. Constituye una propuesta más universal para uniformar la nomenclatura de los fármacos.

- **Medicamento:** Estado final bajo el cual se presenta un fármaco para su uso, que puede ser utilizado para la prevención, diagnóstico, tratamiento o control (curativo o paliativo) de la enfermedad, así como para modificar o cambiar con un fin médico las funciones normales de un órgano o sistema.
- **Medicamento Genérico:** Medicamento elaborado, comercializado y vendido bajo la denominación de principio activo, una vez vencida la patente del producto de marca, igual en composición, forma farmacéutica y biodisponibilidad.
- **Medicamento Comercial, de Marca o Registrado con Patente:** Son los Medicamentos registrados por un laboratorio farmacéutico reconocido internacionalmente como propietario de la investigación, que, por lo tanto, gozan de protección estatal que permite al laboratorio explotar de modo industrial su invento (molécula).
- **Medicamento Esencial:** Aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbilidad de una comunidad, porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.
- **Bioequivalencia:** Equivalencia biológica que se espera de dos preparaciones de un mismo medicamento por laboratorios diferentes. Dos medicamentos son bioequivalentes, cuando son iguales para todos los propósitos, tienen el mismo principio activo, la misma pureza, y el mismo tamaño de partícula.
- **Forma o Presentación Farmacéutica:** Forma mediante la cual se organizan o agrupan las sustancias que conforman un medicamento, para facilitar su administración.
- **Concentración Farmacéutica:** Cantidad requerida del fármaco para producir la respuesta terapéutica esperada.

La Ley 100 de 1993 dispuso la creación del Plan Obligatorio de Salud (POS), como un plan integral de protección para todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), adoptado por el entonces Ministerio de Salud, hoy de la Protección Social, mediante Resolución No. 5261 de 5 de agosto de 1994.

El artículo 162 de la mencionada Ley, definió el Plan Obligatorio de Salud (POS) y al referirse a su contenido precisó lo siguiente:

“Artículo 162.- Plan obligatorio de Salud. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los 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 (...) (negrilla fuera de texto).

Por su parte, la Resolución 5261 de 1994, en su parte considerativa señaló:

" (...) Que se hace necesario expedir los manuales de Actividades, Intervenciones y Procedimientos con el fin de que sea utilizado en el Sistema de Seguridad Social en Salud, para garantizar, el acceso a los contenidos específicos del Plan Obligatorio de Salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos.

Que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante el acuerdo No. 008 de 1994 estableció el Plan Obligatorio de Salud y ordenó al Ministerio de Salud la expedición del Manual con miras a **unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro de la Seguridad Social en Salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia.**(negrilla fuera de texto)

Posteriormente, el Decreto 806 de 1998 desarrollo la definición del POS y en su parte pertinente señaló:

"(...) Artículo 7º.- Plan obligatorio de Salud, POS. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho en caso de necesitarlos, todo afiliado al Régimen Contributivo que cumpla con las obligaciones establecidas para el efecto y que está obligada a garantizar a sus afiliados las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y Entidades Adaptadas, EAS, debidamente autorizadas, por la Superintendencia Nacional de salud o por el Gobierno Nacional respectivamente, para funcionar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus contenidos son definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud e incluye educación, información y fomento de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

Por su parte, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definió el contenido del POS e incluyó expresa y taxativamente las actividades, procedimientos, intervenciones, servicios hospitalarios y medicamentos que lo integran, mediante los siguientes Acuerdos: 226 y 228 de 2002, 282 de 2004, 289, 302, 313 de 2005 y 336 y 350 de 2006 y 008 de 2010.

El Acuerdo 08 de 1994, mediante el cual se adoptó el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fue el primero en precisar la cobertura explícita del POS y en su parte pertinente señaló:

"(...) Artículo 4o.- Aprobar la aplicación del Plan Obligatorio de Salud sujeto a las condiciones financieras del Sistema y a la economía del país para garantizar la concordancia entre el costo de las actividades incluidas en el Plan con su respectiva disponibilidad de recursos.

Artículo 5o.- Aprobar como criterio fundamental para inclusión de actividades, intervenciones o procedimientos dentro del Plan Obligatorio, la mayor efectividad en la utilización de los recursos, mayor eficacia en términos de los resultados deseados y a un costo que sea social y económicamente viable para el país y la economía.

Artículo 6o.- Adoptar como principio guía de orientación del Plan Obligatorio de Salud, la inclusión de servicios que conduzcan a la solución de los problemas de mayor relevancia en cuanto a morbilidad, número de años perdidos por discapacidades o muerte temprana y costo-efectividad.

Artículo 7o.- Aprobar las exclusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Salud que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios, y aquellos que expresamente defina el Consejo en el futuro, más los que se describen a continuación". (...). (Negrilla fuera de texto).

Lo anterior permite concluir que el POS fue definido bajo la modalidad de cobertura explícita o de planes de servicios taxativamente incorporados, una de las dos metodologías empleadas de manera generalizada en el mundo para diseñar planes de seguros en salud.

Conforme al esquema de coberturas explícitas o de planes de servicios taxativamente incorporados, 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.⁹ En materia de medicamentos, tanto el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 como el artículo 7 del Decreto 806 de 1998, prescriben que deben proveerse los medicamentos esenciales en su presentación genérica, definidos por el CNSSS mediante listas de medicamentos incluidas en los diversos acuerdos proferidos por el Organismo.

Entre ellos se destaca el Acuerdo 228 de 2002, mediante el cual se actualizó la lista básica y limitada de medicamentos que las EPS están obligadas a cubrir en beneficio de sus afiliados con cargo a la UPC, bajo criterios de calidad y oportunidad establecidos por el entonces Ministerio de Salud, al tiempo que precisó que la utilización de las denominaciones comunes internacionales (nombres genéricos)¹⁰ en la prescripción de medicamentos es obligatoria y debe observar criterios de calidad, seguridad, eficacia y comodidad para el paciente.

La formulación de medicamentos genéricos fue confirmada por la Corte Constitucional en diversos pronunciamientos, uno de ellos la sentencia SU- 562 de 1999, mediante la cual esa Corporación al referirse al papel de la Seguridad Social en el marco del Estado Social de Derecho, afirmó lo siguiente:

"(...) el sistema de seguridad social en Colombia es mixto, pues puede ser prestado por el Estado o por los particulares, mediante delegación de aquél. Por esa delegación estatal las EPS prestan el plan obligatorio de salud (POS) que incluye la atención integral a la población afiliada en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica (art. 11 del Decreto 1938 de 1994)". (Subrayado fuera de texto).

El suministro de medicamentos cuya cobertura se encuentra a cargo de las EPS, está regulado de manera expresa en la Legislación Colombiana en los artículos 162 y 172 de la Ley 100 de 1993, 13 de la Resolución 5261 de 1994, 7 del Decreto 806 de 1998, 3, 7 literal g) y 13 del Acuerdo 08 de 1994, 4 del Acuerdo 228 de 2002, 16 del Decreto 2200 de 2005, párrafo del artículo 1 del Acuerdo 350 de 2006 y párrafo 1 del artículo 38 del Acuerdo 08 de 2009 y las condiciones de

⁹ Corte Constitucional, sentencias T-689 de 2001 (M.P. Jaime Córdoba Triviño) y T- 605 de 2007 (M.P. Humberto Antonio Sierra Porto);

" (...) 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).

¹⁰ La obligación que pesa sobre los profesionales de la medicina, en el sentido de emitir las fórmulas médicas con la denominación común internacional. (Decreto 2200 de 2005, Artículo 16).

acceso a los mismos han sido objeto de estudio por la jurisprudencia Constitucional. Los fallos correspondientes han sido enfáticos al disponer la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica, es decir, según la denominación común internacional (DCI).

Todos los medicamentos están elaborados a partir de un componente activo, que es una molécula química cuya acción en el organismo permite el alivio o cura de una enfermedad. El proceso de obtención de la molécula o principio activo se denomina síntesis y es éste el que previamente requiere de los procesos de investigación y desarrollo en una primera etapa.

Obtenido y purificado el principio activo, se acomete el estudio preclínico y clínico para evaluar su eficacia y seguridad por los organismos sanitarios oficiales. En Colombia la calidad industrial de los medicamentos es controlada por el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, INVIMA.

Para tal fin, esta Entidad no solamente cuenta con una normativa clara al respecto, sino que también ha asumido y reconocido las decisiones de las autoridades sanitarias de un grupo de países considerados "de referencia" (FDA - Estados Unidos de Norteamérica, HPFBI - Canadá, Swissmedic - Suiza, Ministry of Health and Welfare of Japan - Japón y EMEA - Europa).

Cuando se descubre un medicamento, se le da un nombre químico, una versión simplificada del mismo para facilitar su referencia entre los investigadores y, una vez aprobados para prescripción general, pueden ser denominados de dos formas: (i) nombre comercial, también conocido como marca registrada, que identifica el laboratorio del que procede y su derecho de propiedad sobre el medicamento y (ii) nombre genérico, que equivale al nombre oficial.

En Colombia los medicamentos genéricos o multifuente pueden ser de dos clases: (i) Genéricos de marca (llamadas "copias") que llevan marcas o nombres de fantasía diferentes de la "original", y (ii) Medicamentos Genéricos, que se comercializan con el nombre del principio activo, denominación genérica o DCI.

Cuando un laboratorio desarrolla un nuevo medicamento (innovador), puede solicitar el reconocimiento del largo proceso de investigación y desarrollo, hasta llegar la molécula final, al igual que la protección del componente innovador y su alta inversión, mediante patente que garantice los derechos exclusivos de producción y comercialización del fármaco durante un determinado número de años.

Esta protección, que otorga exclusividad para la fabricación, venta y utilización del medicamento, se concede por período de veinte (20) años, contados desde la fecha de presentación de la solicitud de patente. Cuando el término de protección expira, la invención pasa a ser del dominio público, porque se dispone de la información necesaria para reproducirla¹¹, y, en consecuencia, otras compañías pueden vender una versión genérica del medicamento.

En Colombia, durante la década de los cuarenta y cincuenta, tuvo lugar un importante desarrollo del sector farmacéutico, con la instalación de laboratorios filiales de algunas de las más importantes multinacionales, como Abbot (1944), Bristol Myers Squibb (1944), Química Shering (1950), Glaxo Wellcome de Colombia (1957), Merck Colombia (1957), y Bayer de Colombia (1957), entre otras.¹² En las décadas de los setentas y ochentas, el sector farmacéutico se caracterizó por la creación de laboratorios de capital nacional, como Laboratorios California, Casar Laboratorios, Unipharma, entre otros. Esta situación fue posible por el vencimiento de patentes y el consiguiente incremento de la producción de medicamentos genéricos.

¹¹ El Decreto 2085 de 2002 constituyó paso significativo en la satisfacción de los mandatos internacionales en materia de protección de la propiedad intelectual de los medicamentos.

¹² Documento Sectorial Cadena Farmacéutica y Medicamentos, Departamento de Planeación Nacional.

La aprobación de los medicamentos genéricos por el organismo oficial competente se basa en la evidencia científica de que produce un efecto sobre los seres humanos esencialmente idéntico al del producto original, y en la comprobación de su calidad, seguridad y bioequivalencia, como lo han sostenido la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Todos los medicamentos genéricos son aprobados, cuando superan satisfactoriamente los mismos controles de calidad, seguridad y eficacia que se emplean en la aprobación de los medicamentos comerciales. En Colombia, a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, la industria farmacéutica se enfrentó a grandes cambios, entre ellos, la adopción de buenas prácticas de manufactura, que es verificada por el INVIMA.

Para que los medicamentos genéricos sean aprobados, se verifica que éstos conserven durante su fabricación condiciones idénticas en términos de insumos, materias primas, condiciones de calor, humedad, contenido de ingrediente activo, entre otros, que permiten garantizar la efectividad del producto en la oportunidad de su aplicación, salvo muy pequeñas variaciones en el proceso de fabricación, que son aceptadas cuando el medicamento es producido masivamente.

En consecuencia, se puede afirmar que los medicamentos genéricos funcionan como el de marca, en cuanto a dosis, calidad, pureza, potencia, acción y uso, por cuanto son sometidos a un riguroso proceso de revisión destinado a verificar que cumplan las mismas normas de calidad y seguridad de los medicamentos comerciales.

Para tal fin, el INVIMA verifica que todos los fabricantes de medicamentos de marca o genéricos, respeten el Manual de Normas Técnicas de Calidad. El medicamento genérico también lleva impreso en su empaque el principio activo, el nombre del Químico Farmacéutico responsable, el del establecimiento, el lote, la fecha de fabricación, la de vencimiento, y la indicación de su condición de medicamento genérico.

Los medicamentos genéricos deben superar los mismos controles de seguridad; están sometidos a los mismos registros sanitarios; tienen la misma eficacia sobre el organismo que los de marca, y deben reunir las especificaciones de cualquier producto innovador. Es así como muchos medicamentos genéricos son elaborados en las mismas plantas que los productos innovadores.

Las compañías farmacéuticas producen aproximadamente el cincuenta por ciento (50%) de las drogas genéricas. A título de ejemplo, pueden citarse los siguientes casos.

Compañía Farmacéutica Multinacional	Marca con la que comercializan los medicamentos genéricos
NOVARTIS	SANDOZ.
AVENTIS	WINTHROP.
MERCK	MERCK GENERICS

Así mismo, las farmacéuticas nacionales producen y comercializan marcas propias y genéricas, conocidas como genéricos de marca y genéricos sin marca, respectivamente, tales como:

Compañía Farmacéutica Multinacional	Marca con la que comercializan medicamentos propios y genéricas:
TECNOQUIMICAS	MK
PROCAPS	COLMED
LAFRANCOL	PAULY y AMERICAN GENERICS
LA SANTE	GALENO-QUIMICA

CALIFORNIA	MEMPHIS
BIOGEN	MEDICALEX

No obstante, en Colombia, sin suficiente evidencia científica, se ha difundido la imagen de mala calidad de los medicamentos genéricos, en gran medida motivada por la diferencia significativa de precio de venta entre los medicamentos de marca y los genéricos.

La situación descrita tiene una explicación que en nada se relaciona con la calidad y desempeño de los medicamentos genéricos. El menor precio tiene origen principalmente en cuatro (4) circunstancias: (i) No se paga patente, (ii) los gastos de envase son menores, (iii) el margen de farmacia dispensadora es inferior, y (iv) los gastos de promoción comercial son muy bajos, cuando no inexistentes. En otras palabras, el menor costo del medicamento genérico se origina en que no requiere inversión en investigación, desarrollo ni promoción.

Por el contrario, en el precio de venta de los medicamentos comerciales influye el largo proceso de investigación, desarrollo e inversión, hasta llegar a la molécula final; el costo de los productos y del empaque; el valor de la patente y el de comercialización; el margen de beneficios de la industria farmacéutica y de la entidad dispensadora, y las actividades de promoción del producto, entre otros.

Estudios realizados en los países andinos en el 2007, por la Oficina de Coordinación para América Latina y el Caribe de Acción Internacional para la Salud (AIS), conocida por sus iniciales en inglés como Health Action International (HAI), mostraron que los precios de los medicamentos innovadores -de marca- en Colombia son los más altos, al tiempo que los genéricos son los más bajos de la región.

Así mismo y con el fin de tener una aproximación sobre el impacto que el precio de los medicamentos originales o de marca puede tener en los hogares colombianos, los estudios mencionados seleccionaron algunas enfermedades. A manera de ejemplo, puede citarse:

En patologías como la hipertensión arterial y las infecciones del tracto urinario es utilizado el medicamento Enalapril de 20 mg, cuyo precio institucional tope (PIT) de la marca original asciende actualmente a \$ 6.912, mientras el PIT promedio de cualquier marca genérica es de \$ 1.109. Ello permite concluir que un colombiano que devenga el salario mínimo necesita más de doce (12) días de su remuneración para acceder al Enalapril original de 20 mg.

Se manifiesta así la diferencia entre los costos de los tratamientos con medicamentos originales y con genéricos, a pesar que los dos tienen los mismos riesgos y beneficios y precisan la misma seguridad y eficacia, argumento adicional para que el Estado, en aras de proteger los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud y su equilibrio financiero, haya establecido que las EPS solamente están obligadas por disposición legal, a asumir la cobertura económica y a garantizar la entrega de medicamentos que se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, en presentación genérica.

Bajo los anteriores supuestos, es claro que la responsabilidad de las EPS se limita de forma clara y expresa al suministro de medicamentos genéricos, aprobados por el INVIMA y la OMS. En consecuencia, si el paciente se encuentra interesado en tratar su enfermedad con medicamentos de marca, puede hacerlo, siempre que asuma su valor con recursos propios, pues el Estado dispuso que el Sistema de Salud únicamente debe financiar medicamentos en presentación genérica.

Al respecto, los artículos 13 de la Resolución 5261 de 1994, 16 del Decreto 2200 de 2005 y 40 del Acuerdo 008 de 2009, que a continuación se transcriben en su parte pertinente, de manera taxativa precisaron que la formulación médica debía ceñirse a los medicamentos genéricos autorizados en el POS, como un mecanismo para favorecer el acceso y el uso racional de medicamentos.

76

“ Art.13.- **Formulación y despacho de medicamentos.**- La receta deberá ceñirse a los medicamentos autorizados en el MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA, **sin que por ningún motivo se admitan excepciones, salvo que el usuario los pague como parte de un plan complementario.** La receta deberá incluir el nombre del medicamento en su presentación genérica (...).”(negrilla fuera de texto).

“Art.16.- **De la prescripción de los medicamentos.**- Características de la prescripción. Toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, **utilizando para ello la Denominación Común Internacional (nombre genérico)** y cumpliendo los siguientes requisitos (...).”(negrilla fuera de texto).

“ Art. 40.- **De la Prescripción.**- Solo se podrán prescribir los medicamentos incluidos en el presente listado, para la atención de los eventos o patologías que hacen parte del POS de cada régimen, siempre y cuando cumplan por las indicaciones dadas por el INVIMA en las normas farmacológicas”. Por su parte, el Consejo de Estado, en Sentencia de 3 de noviembre de 1995¹³, precisó:

“(…) La Sala encuentra que no es cierto que la norma obligue a prescribir dichos medicamentos, pues está dando la alternativa de prescribir otros distintos, siempre y cuando el usuario lo solicite y asuma su costo, lo cual es lógico por tratarse del Plan Obligatorio de Salud de un programa cuyos recursos son limitados.

“En síntesis, el no permitir a los facultativos que prescriban drogas no incluidas en el Manual de Medicamentos Esenciales y Terapéutica, a menos que el paciente sufrague su valor, es una medida que protege el servicio público de la Seguridad Social, cuyo objeto no puede ser otro que propender a que todos sus afiliados accedan en igualdad de condiciones a los beneficios a los cuales tienen derecho, esto es, a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, atención curativa y de rehabilitación, y provisión de medicamentos esenciales, lo cual no puede ser considerado como violación al ejercicio libre y a la autonomía del profesional de la medicina (...).”

Sin embargo, a pesar de la existencia de disposiciones normativas que propenden por el uso racional de los medicamentos a través de la limitación e incorporación explícita de los medicamentos genéricos en listas, que de forma taxativa atiendan las necesidades específicas del país en materia de salud; de manera excepcional se ha concedido al médico tratante la facultad de formular medicamentos de marca, cuando según su criterio científico estos resultan pertinentes para garantizar el derecho a la vida y la salud de las personas.

En ocasiones a pesar de la calidad de los medicamentos genéricos, se pueden presentar diferencias en la cantidad de principio activo que llega a sangre y en la velocidad a la que lo hace. Este fenómeno se explica por las diferencias que existen en los procesos de fabricación de los diversos medicamentos disponibles en el mercado colombiano para un mismo principio activo.

En el mundo estas diferencias son detectadas y controladas mediante la aplicación de pruebas de biodisponibilidad, pero en Colombia esta prueba no es obligatoria. Este hecho se ve reflejado en el reconocimiento del criterio médico como elemento de juicio para juzgar la necesidad de utilizar productos distintos a los incluidos en el POS.

En ese sentido, los artículos 13 y 15 de Ley 23 de 1981, señalaron la obligación que tienen los médicos de no exponer al paciente a riesgos injustificados y su correlativa facultad para usar los métodos y medicamentos que tengan a su disposición o alcance, mientras subsista la esperanza de aliviar o curar la enfermedad.

¹³Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Radicación número 3304, Actor: Luis Carlos Sábica Aponte, Consejero Ponente, Dr. Libardo Rodríguez Rodríguez, Sentencia del 3 de noviembre de 1995.

Para la formulación de medicamentos no POS debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, que debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva, como así lo señala el artículo 6. Literal d) de la Resolución 3099 de 2008.

Por su parte, la Corte Constitucional, también de manera excepcional, en varias oportunidades ordenó inaplicar las normas legales o reglamentarias referentes a las exclusiones del POS, con el fin de ordenar la prestación de servicios médicos o el suministro de medicamentos excluidos del Plan Obligatorio de Salud (POS).¹⁴ Para tales efectos, estableció los siguientes criterios:

"(...) Que la falta del medicamento o el procedimiento excluido por la norma legal o reglamentaria amenace los derechos fundamentales de la vida o la integridad personal del interesado, pues no se puede obligar a las Entidades Promotoras de Salud a asumir el alto costo de los medicamentos o tratamientos excluidos, cuando sin ellos no peligran tales derechos.

"Que se trate de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, o que, pudiendo sustituirse, no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del Plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente.

Que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro modo o sistema o plan de salud (el prestado a sus trabajadores por ciertas empresas, planes complementarios, medicina prepagada, etc.).

Que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la E.P.S. a la cual se halle afiliado el demandante (...)."¹⁵

De igual forma, la jurisprudencia constitucional ha concluido en varias oportunidades, que la decisión del cambio de un medicamento genérico por su presentación comercial, corresponde exclusivamente al médico tratante.¹⁶

Por tal razón y como quiera que la cobertura de medicamentos comerciales no está prevista en el POS, el costo de los mismos se encuentra a cargo del SGSSS y no de las EPS, siendo evidente que por esta circunstancia la EPS tienen derecho a recobrar ante el Fosyga el valor de estos productos, cuando el médico, con el fin de garantizar el derecho a la vida y la salud del paciente, prescribe el uso de medicamentos comerciales.

El valor reembolsable por este concepto, corresponde a la diferencia o valor que excediera el costo de los medicamentos no incluidos en el listado de productos farmacéuticos, y para ese momento, siempre y cuando fueran aprobados previamente por el Comité Técnico Científico.

Como consecuencia del suministro de servicios de salud, tratamientos, procedimientos y medicamentos no contemplados en el Plan Obligatorio de Salud, POS y sufragados por las EPS como resultado de ordenes emitidas en los Fallos de Tutela y/o como consecuencia de autorizaciones del Comité Técnico Científico, CTC, el Gobierno Nacional expidió un conjunto de resoluciones encaminadas a regular el recobro y reembolso de estos servicios no incluidos en dicho Plan y por consiguiente no costeados por la Unidad de Pago por Capitación, UPC.

¹⁴ Algunas de las sentencias proferidas por la Corte Constitucional al respecto son: SU- 480 de 1997, T- 560 de 1998, T- 704 de 2004, entre otras.

¹⁵ Corte Constitucional, Sentencia T-300 de 21 de marzo de 2001, M. P., doctora Clara Inés Vargas Hernández.

¹⁶ Corte Constitucional, Sentencia T-941. Magistrado ponente Dr. Jaime Araujo Rentería. Noviembre de 2007

78

La Resolución 2948 de 2003 estableció que el monto por reconocer y pagar por concepto del recobro de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de 2002, expedido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), se determinaría sobre el precio de compra al proveedor, debidamente soportado en la factura de venta.

Si el medicamento contaba con homólogo listado en el mismo Acuerdo, el valor por reconocer correspondía a la diferencia entre el precio de ambos medicamentos, el provisto por la EPS y el fijado en el Acuerdo. De lo contrario, el monto por reconocer y reembolsar sería el equivalente al cincuenta por ciento (50%) del medicamento autorizado por el Comité Técnico Científico. En ambos casos debía descontarse el monto de la cuota moderadora aplicable al afiliado o beneficiario.

No obstante, el Consejo de Estado, en Sentencia de 18 de junio de 2009 17, dispuso que las EPS no estaban obligadas a asumir el cincuenta por ciento (50%) del valor de los medicamentos no incluido en el Plan Obligatorio de Salud, POS, por cuanto esa diferencia no había sido tomada en consideración al determinar la cuantía de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, que corresponde a las Entidades Promotoras de Salud, EPS, por cada afiliado o beneficiario, de acuerdo con el grupo etario al que pertenecieran.

Por su parte, la Resolución 2949 de 2003 reiteró los parámetros de reconocimiento establecidos en la Resolución 2948 de 2003 y estableció el reconocimiento y pago total del valor facturado por el proveedor en el caso de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de 2002, que hubieran sido efectivamente suministrados por la EPS, en cumplimiento de fallos de tutela, siempre esta demostrara mediante acta, que con anterioridad a la fecha del correspondiente fallo, el Comité Técnico Científico, CTC, había tramitado en debida forma la solicitud del medicamento, y que la misma hubiera sido negada por pertinencia demostrada o por no cumplir con los criterios de autorización.

Con relación a la pertinencia demostrada del medicamento por el CTC, la Corte Constitucional en reiterada jurisprudencia ha sido enfática en sostener:

“(…) (i) Los Comités son instancias meramente administrativas cuyos procedimientos no pueden oponerse a los afiliados al momento de hacer efectivo el derecho a la salud de los usuarios a través de la prestación de servicios médicos no cubiertos por el POS; (ii) en segundo lugar, son los médicos tratantes los competentes para solicitar el suministro de servicios médicos que se encuentran por fuera del Plan obligatorio de Salud. (iii) cuando exista una divergencia entre el criterio del Comité Técnico Científico y el médico tratante, prima el criterio del médico tratante, que es el criterio del especialista en salud (…)”¹⁸

La Resolución 3797 de 2004 estableció el procedimiento para de los recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto del suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, ordenados por fallos de tutela o autorizados por el respectivo Comité Técnico Científico, CTC. La distinguida como 3615 de 2005, estableció los formatos para la presentación de las solicitudes de recobro.

Posteriormente, la Resolución 2933 de 2006, referida al suministro de medicamentos No POS, autorizados por el Comité Técnico Científico, CTC, dispuso el reconocimiento y pago de la diferencia entre el precio facturado por el proveedor y el calculado para los medicamentos incluidos en el POS. Posteriormente, la Resolución 3099 de 2008 eliminó como requisito especial para el recobro de medicamentos No POS, ordenados en fallos de tutela, el aporte de copia del formato en el que constara la negativa del Comité Técnico Científico, CTC a autorizar su provisión, previamente a la

¹⁷ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Radicación 2004-00340, Actora: Eliana Suárez Hernández, Consejero Ponente, doctor Marco Antonio Velilla Moreno. Sentencia del dieciocho (18) de Junio de dos mil nueve (2009).

¹⁸ Corte Constitucional, Sala Plena, Expediente: D-7013, Demandante, José Alfredo Hauptmann Munévar, Magistrado Ponente, doctor Jaime Araújo Rentería.

demanda con la que se hubiera ejercitado la acción de tutela.

Por su parte, la Resolución distinguida como 3754 de 2008 introdujo un nuevo porcentaje de reconocimiento, equivalente al ochenta y cinco por ciento (85%) del valor facturado por el respectivo proveedor, para los eventos en que el Comité Técnico Científico, CTC competente hubiera negado impartir autorización para suministrar al afiliado o beneficiario de un medicamento ordenado por el médico tratante, y la EPS hubiera sido conminada a proveerlo por orden de un fallo de tutela.

Así las cosas, bajo los supuestos de amenaza o seria vulneración de los derechos de los afiliados o beneficiarios de las EPS y de conformidad con los criterios fijados por la Corte Constitucional, en el transcurso del tiempo, la acción de tutela ha estimulado el suministro de medicamentos de marca con cargo a las Entidades Promotoras de Salud, a pesar de que su principio activo se encuentra incluido en el POS.¹⁹

De igual forma y pese a la obligación legal de prescribir medicamentos por su denominación genérica, en reiteradas oportunidades, los médicos tratantes con base en su experiencia, experticia y criterio científico, formulan comerciales o de marca y, como su opinión prevalece, las EPS se han visto obligadas a asumir el costo correspondiente, pese a no estar legal ni reglamentariamente obligadas a hacerlo, muchas veces forzadas por las implicaciones de posibles incidentes de desacato contra ellas o sus representantes legales.

En Sentencia T-007 de 2005, con ponencia del doctor Manuel José Cepeda Espinosa, la Corte Constitucional destacó el papel que cumple la opinión del médico tratante respecto del servicio médico que debe prestarse a los pacientes, opinión que, en criterio de la Corporación, prevalece sobre la de los funcionarios administrativos de las EPS, e, inclusive, sobre el criterio del Comité Técnico Científico, CTC. Como fundamento de interpretación semejante, la providencia adujo la formación científica especializada del médico tratante y el conocimiento específico de la situación de su paciente, circunstancias que naturalmente le permiten determinar la necesidad y la urgencia de un servicio o de una prestación médica determinados.

Así mismo, a lo largo del tiempo, la Jurisprudencia Constitucional ha establecido criterios para obrar cuando los médicos tratantes prescriban medicamentos en su denominación de marca, y el Comité Técnico Científico, CTC autorice o niegue la provisión de los mismos con cargo a la EPS, criterios que fueron recogidos en la Sentencia T- 760 de 2008, en los siguientes términos:

"(i) La determinación de la calidad, la seguridad, la eficacia y comodidad para el paciente en relación con un medicamento corresponde al médico tratante (y eventualmente al Comité Técnico Científico) con base en su experticio y el conocimiento clínico del paciente. (Sentencia T- 388 de 2003, MP Manuel José Cepeda).

(ii) Prevalece la decisión del médico tratante de ordenar un medicamento comercial con base en los criterios señalados (experticio y el conocimiento clínico del paciente), salvo que el Comité Técnico Científico, basado en dictámenes médicos de especialistas en el campo en cuestión, y en un conocimiento completo y suficiente del caso específico bajo discusión, considere que el medicamento genérico tiene la misma eficacia. (Sentencia T- 833 de 2003, M.P, Rodrigo Escobar Gil).

(iii) Una EPS en el régimen contributivo o subsidiado, puede reemplazar un medicamento comercial a un paciente con su versión genérica siempre y cuando se conserven los criterios de (i) calidad, (ii) seguridad, (ii) eficacia y (iv) comodidad para el paciente. La

¹⁹ Al respecto, la Sentencia T- 760 de 2008, dispuso:

"(...) La ausencia de regulación clara que permita hacer efectivos los derechos de los usuarios cuando requieren un servicio de salud, diferente a un medicamento, no incluido en el POS, es una de las razones por las cuales la tutela se ha convertido en el mecanismo generalizado para acceder a servicios de salud no incluidos en el POS, ordenados por el médico tratante, e incluso muchas veces a medicamentos cuando el médico tratante no presenta la solicitud ante el Comité Técnico Científico (...)"

decisión debe fundarse siempre en (i) la opinión científica de expertos en la respectiva especialidad y (ii) la historia clínica del paciente, esto es, los efectos que concretamente tendrían el tratamiento o el medicamento en el paciente. (...)" (Sentencia T-1083 de 2003, M.P. Doctor Manuel José Cepeda Espinosa).

Al respecto resulta procedente precisar, que si bien con arreglo al ordenamiento superior, las EPS podrían reemplazar un medicamento comercial por su versión genérica siempre que se cumplieran los criterios fijados por el Acuerdo 228 de 2002, en la práctica, ello no ocurre, porque no es fácilmente aplicable.

En efecto, cuando la provisión del medicamento de marca se derivada de orden impartida en fallo de tutela, y en reemplazo del mismo, la EPS responsable suministraba su equivalente bajo denominación genérica, corría el riesgo de incumplir la providencia judicial, originar incidente de desacato y asumir las sanciones consecuenciales, pues, en estricto sentido, la orden judicial no era acatada en los términos de la sentencia.

Ahora bien: a pesar de que los medicamentos innovadores y de marca no estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, de manera que el recobro de su importe o de la diferencia con el precio del genérico era susceptible de recobro al Fosyga, la jurisprudencia constitucional anterior al año 2008, prescribía lo contrario, toda vez que el principio activo y la concentración del medicamento de marca prescrito al paciente se encontraba incluido en el POS, de manera que las providencias judiciales negaban la posibilidad de repetir contra el Fosyga, a pesar de las diferencias sustanciales en el costo de cada tipo o clase de productos farmacéuticos, genéricos o comerciales.

No obstante, la Sentencia T-760 de 2008,²⁰ que arrojó especial claridad en materia de recobros, al abordar algunos de los problemas derivados de la formulación de medicamentos a los afiliados y beneficiarios del Sistema de Salud, precisó:

"(...) En el reembolso se tendrá en cuenta la diferencia entre medicamentos de denominación genérica y medicamentos de denominación de marca, sin que pueda negarse el reembolso con base en la glosa 'principio activo en POS' cuando el medicamento sea formulado bajo las condiciones señaladas en esta providencia". (Negrilla y Subrayado fuera de texto).

A pesar de la claridad de los términos transcritos de la Sentencia T-760 de 2008, hasta la fecha, cuando **EPS Sanitas** ha presentado sus solicitudes de recobro ante el FOSYGA, por concepto del suministro de medicamentos de marca no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, en acatamiento de órdenes impartidas en fallos de tutela o como consecuencia de autorizaciones del Comité Técnico Científico, CTC, le han sido glosadas justamente sobre la base de "*Principio Activo en POS*", en forma contraria a la jurisprudencia constitucional.

La situación descrita ha generado grave detrimento patrimonial a **EPS Sanitas**, pues el valor de la Unidad de Pago por Capitación, UPC se determinó con fundamento, entre otros factores de cálculo, a partir del precio de los medicamentos genéricos, como se demostró precedentemente²¹. Es bien sabido que el de los medicamentos comerciales o de marca lo supera ampliamente.

La incorporación en el Plan Obligatorio de Salud, POS de servicios y prestaciones que no se encuentran taxativa y expresamente comprendidos en su formulación normativa, como consecuencia de determinaciones judiciales de tutela, desconoce el esquema regulatorio dispuesto por la ley. En efecto, no corresponde a la Rama Jurisdiccional definir el contenido del citado Plan,

²⁰ Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia T- 760 de 31 de julio de 2008, M.P., Doctor Manuel José Cepeda Espinosa.

²¹ Naturalmente, al haber establecido el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, que el POS comprende la cobertura y provisión de medicamentos en su presentación genérica, los cálculos a cargo del Ministerio de Hacienda y Crédito Público para efectos de la determinación de la Unidad de Pago por Capitación, UPC por la Comisión de Regulación en Salud, CRS, y, anteriormente, por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, se llevaron a cabo sobre la base del costo de los medicamentos genéricos, y no del precio de los comerciales.

en función de los derechos fundamentales de los individuos, sino interpretar las disposiciones que lo regulan, de manera que se impartan instrucciones precisas y contundentes a las autoridades competentes para sus debidas actualización y financiamiento, al amparo de la Constitución Política, sin perjuicio de hacer efectivo el derecho a recobrar el valor o la diferencia de precio de los medicamentos cuya provisión han ordenado y la de aquellos expresamente contemplados en el POS.

Compete a la Comisión de Regulación en Salud, CRS, y antes de su creación legal, al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, fijar y actualizar dicho Plan, sobre bases claras de financiamiento.

Los hechos descritos a lo largo del presente acápite han conducido a que las Empresas Promotoras de Salud, EPS, hayan sido forzadas a asumir la cobertura de medicamentos comerciales para la prevención, el tratamiento y la recuperación de la salud, sobre la base de "*encontrarse su principio activo incluido en el POS*", a partir de determinaciones judiciales que no toman en cuenta que el costo de tales medicamentos debe estar necesariamente financiado por el de la Unidad de Pago por Capitación.

Elo ha impactado en forma severa las finanzas de dichas Empresas, conminadas a soportar cargas imprevistas e imprevisibles, sin que hasta la fecha hayan podido obtener el reembolso de cuantiosas erogaciones por este concepto, mediante el trámite de los correspondientes recobros ante el Fosyga.

EPS Sanitas ha acogido los mandatos judiciales y asumido la cobertura de los medicamentos comerciales cuya provisión ha sido ordenada en fallos de tutela o autorizada por el Comité Técnico Científico, CTC, circunstancia que le ha ocasionado el desembolso de recursos muy considerables, sin que erogación semejante se encuentre financiada con las Unidades de Pago por Capitación, UPC, que recibe por concepto de sus afiliados y beneficiarios.

Los medicamentos que no están con principio activo en el POS son todos aquellos medicamentos que no están incluidos en el Manual de Medicamentos, Acuerdos Nos. 228 y 263 de 2002, 236, 282 de 2004 y 336 de 2006, Acuerdo No. 08 del 29 de diciembre del 2009 y Acuerdo 029 del 28 de diciembre del 2011, se considera NO POS, en el contributivo y subsidiado. Si el médico especialista formula un medicamento NO-POS, para tratar un diagnóstico que esté cubierto o que no esté cubierto en el POS-S, se requiere autorización del Comité Técnico Científico.

Este procedimiento se ha llevado a cabo siempre puesto que el Comité Técnico Científico es quien debe dar la autorización de la entrega del medicamento no pos de acuerdo a la prescripción médica, todos los servicios no contemplados en el POS deben ser solicitados y justificados ante la EPS, para que la entidad a través del Comité Técnico Científico decida sobre su autorización.

Las EPS están obligadas a suministrar los medicamentos que se encuentran dentro del POS, excepto cuando:

- Se han acabado las posibilidades terapéuticas de los medicamentos que se encuentran en el POS sin conseguir resultados satisfactorios y existe la posibilidad de que los resultados se obtengan con los medicamentos que no están dentro del POS, sabiendo que así se salvaguarda la vida y salud de las personas.
- Cuando el medicamento que no está en el POS, a criterio del médico tratante, no puede ser sustituido por alguno que si está en el POS y es indispensable para la atención adecuada del caso.
- Cuando el medicamento que existe en el POS, aunque este indicado para tratar el caso, tiene efectos adversos o contraproducentes para la salud del paciente que superan sus beneficios.

Así la EPS somete el caso clínico al Comité Técnico Científico, se cumple lo reglamentado en la Resolución 3099 de 2008 y Resolución 3754 de 2008, que consiste básicamente en una solicitud y justificación presentada por escrito ante el CTC por el médico tratante, adjuntando la historia clínica del paciente y demás requisitos necesarios para la adecuada identificación del afiliado y del caso, para que la solicitud de autorización del medicamento sea estudiada por parte del CTC.

La aplicación de los medicamentos NO POS es objeto de recobro antes y después de las modificaciones que se le realizaron a la Resolución No. 5261 con los Acuerdos 08 de 2.009 y 029 del 2.011, teniendo en cuenta los anexos que incluyen cada uno de estos no contienen ningún medicamento que se encuentre en el POS o que tenga indicaciones para su recobro.

El Acuerdo 029 del 28 de diciembre del 2011 que empezó a regir el 1 de enero del 2012 en su párrafo 1 señala: El POS incluye los principios activos contemplados en el Anexo 01 del presente acuerdo. La prescripción se realizará siempre utilizando la denominación común internacional exclusivamente. Al paciente le será suministrada cualquiera de las alternativas autorizadas por el INVIMA del principio activo, forma farmacéutica y concentración prescritos, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca).

7.6.- INDEMNIZACIÓN DE PERJUICIOS EQUIVALENTE AL 10% DEL COSTO DEL RECOBRO

Dado que la gestión del suministro de los medicamentos reclamados conllevó a una pérdida económica en el patrimonio de E.P.S SANITAS S.A., 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 Insumo 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 en su artículo 5, las cuales fueron emitidas por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, se encuentra que estas se reconocen 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.

8.2. **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 2016_ 074 (operativa 74)**"

8.2.2.1 Contiene Base de datos elaborada por la parte actora, en la que se identifican y clasifican los **siete** recobros objeto de esta Demanda. 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 recobro, en la oportunidad de radicación.
- **No. Consecutivo interno-recobro:** 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.

26

- **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- "BASE 2016_ 074 (operativa 74)"**

Allí se observa **copia digitalizada de los ciento sesenta y tres (163) recobros con sus correspondientes soportes administrativos y anexos**, mediante los cuales se documenta y demuestra la cobertura de los insumos 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"**:

Comunicaciones
UTF2014-OPE-7312
UTNF-DO-2407
UTF2014-OPE-7388
UTNF-DO-2730

Se encuentra copia de las **cuatro (4) comunicaciones** a través de las cuales el Ministerio de Salud y Protección Social, representado por el Consorcio administrador, informó las glosas invocadas y su consecuente negativa de pago, a saber.

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

Bases
MYT04555221
MYT04111311
MYT04041404
MYT04121312

Se evidencia **cuatro (4)** allegadas con las comunicaciones mencionadas en el numeral que antecede, mediante los cuales el Ministerio de Salud y Protección Social, relacionó todos los recobros presentados en ese momento por EPS Sanitas, contiene recobros, glosados, aprobados y rechazados. (No todos objeto de demanda tan solo los 7 acá relacionados).

8.2.6. En la Carpeta referida como: "**BASE 2016_ 074 (operativa 74)**).

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. radica ante el Ministerio de Salud y Protección Social y la ADRES de fecha **30 de diciembre de 2016 y 20 de diciembre de 2017**.

8.2.7 En la Carpeta denominada: "**Documentos de Apoyo**":

8.2.8 Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013 y sus correspondientes anexos proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

8.2.9 Resolución 5926 del 23 de diciembre de 2014 acompañada de los anexos respectivos proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

8.2.10 Circular 07 de 2013.

8.2.11 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. DICTAMEN PERICIAL

Atentamente, solicito que se ordene a entidad pública o privada que rinda dictamen pericial sobre los siguientes puntos:

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 o no de los servicios reclamados en la demanda en el POS y si estos estaban debidamente financiados en la UPC. Además, para verificar si la glosa impuesta se encuentra soportada y debidamente justificada y los demás asuntos médicos que se indican en la demanda.

La constatación a la luz de las resoluciones vigentes a la fecha de la prestación de los servicios del cumplimiento de los requisitos esenciales para el reconocimiento y pago de los recobros, con los cuales, se desvirtúan las glosas administrativas invocadas por el demandado; en forma precisa, evidenciar la entrega del medicamento.

Como subsidiario solicito:

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 las resoluciones vigentes a la fecha de la prestación de los servicios del cumplimiento de los requisitos esenciales para el reconocimiento y pago de los recobros con los cuales, se desvirtúan las glosas administrativas invocadas por el demandado; en forma precisa, evidenciar la entrega del medicamento.

8.4. DE LA PARTE DEMANDADA:

Documentales en poder de la demandada:

- ❖ 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. Lo anterior, atendiendo el mandato contenido en el artículo 4 de la Resolución 5521 de 2014.

8.6- 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.

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.

Así mismo, 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 el Juzgado laboral del Circuito de Bogotá D. C. para conocer del presente proceso, contra la aquí demanda, en razón de su domicilio y de la cuantía que la estimó en más de veinte (20) salarios mínimos legales mensuales así:

Total: DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MILLONES CERO CINCUENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NUEVE PESOS (\$275.059.309) correspondiente ciento sesenta y tres (163) solicitudes de recobro, que se discriminan en trescientos setenta (370) ítems. por:

Capital:

DOSCIENTOS CINCUENTA MILLOS CERO CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS (\$250.053.918)

Daño emergente:

VEINTICINCO MILLONES CERO CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS (\$25.005.391),

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 medicamentos **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. Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013 y sus correspondientes anexos proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 10.8. Resolución 5926 del 23 de diciembre de 2014 acompañada de los anexos respectivos proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- 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. 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.
- 10.14. Poder.
- 10.15. Medio Magnético (Un CD).

XI. NOTIFICACIONES

❖ **La Nación - Ministerio de Salud y Protección Social**, en la Carrera 13 No. 32-76 de Bogotá. Correo electrónico: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co.

❖ **La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES)** tiene su domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., en la siguiente dirección: Avenida Calle 26 # 69-76 Torre 1 Piso 17. Correo electrónico para notificaciones: notificacionesjudiciales@adres.gov.co.

g

❖ **La Agencia de Defensa Jurídica del Estado**, en la Carrera 7 No. 75-66, Edificio Centro Empresarial C75, de la ciudad de Bogotá. Segundo Piso- ventanilla única de radicación.

❖ **La demandante - EPS Sanitas** como la suscrita apoderada Gimena María García Bolaños, recibirán notificaciones en la sede del domicilio social de aquella, situado en la Calle 100 No. 11B - 67, teléfonos 6466060 extensiones 5711113, 5710149 y 5711122, correos electrónicos jmgarcia@cosalnitass.com y smcardozo@colsanitass.com, de la ciudad de Bogotá, D.C.

Sírvase 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,

GIMENA MARÍA GARCÍA BOLAÑOS
C. C. 52.212.305 de Bogotá
T.P. No. 202.141 del C. S. de la Judicatura
Apoderada EPS Sanitas S.A



Hola, Alba Marcela R... ▼

(HTTPS://SERVICES.EKOGUI.GOV.CO/EKOGUI/LOGINIDP)

Inicio

Inicio > Procesos judiciales > Ver home de procesos judiciales

30

(https://services.ekogui.gov.co/ekogui/#/home) Ver Código único del Proceso

> Ver contenido del registro de la demanda del proceso judicial >

Procesos judiciales >

Información básica

○ Home

○ Buscar procesos

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Gestión de procesos judiciales

Aquí puede visualizar la información del proceso judicial

- 1 Información básica (0)
- 2 Hechos y causas del proceso (0)
- 3 Valor e proces
- 4 Admisión de la demanda (0)

⚠ ¡Advertencia! Señor usuario: El proceso indicado ya tiene asignado un abogado para su entidad. Por favor comuníquese con su Administrador de entidad para su validación ✕

⚠ ¡Advertencia! Señor usuario: Recuerde que si la información del proceso que se muestra no corresponde a la información del proceso que desea radicar es necesario que se comunique con la ANDJE para realizar el ajuste correspondiente ✕

Código único del proceso

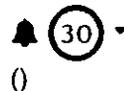
11001

31



Hola, Alba Marcela R... ▼05

(HTTPS://SERVICES.EKOGUI.GOV.CO/EKOGUI/LOGINIDP)



2018

00096

00

Información básica del proceso

Todos los campos marcados con asterisco (*) son de carácter obligatorio.

Jurisdicción *

Ordinario laboral ▼

Despacho inicial

JUZGADO 27 LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTA

Acción, medio de control, procedimiento o subtipo de proceso *

Ordinario laboral ▼

Documento soporte *

Gestionar documento soporte

Partes

◆ Tipo de parte procesal	◆ Tipo de documento	◆ Identificación	◆ Nombre / Razón social	◆ De es
Entidad	Número de identificación tributaria	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	



Hola, Alba Marcela R...

Tipo

de parte

Tipo de

Nombre / Razón

De

(HTTPS://SERVICES.EKOGUI.GOV.CO/EKOGUI/LOGINIDP)

social

esj



Otras partes

Número de identificación tributaria

8002514406

EPS SANITAS S.A.



Antecedentes

Apoderado de la contraparte

Tipo de documento	Identificación	Nombres	Apellidos
Cédula de Ciudadanía	52212305	GIMENA MARIA	GARCIA BOLAÑOS

Registrar ejecutivo conexo

Continuar

Cerrar

Enlaces de interés



Hola, Alba Marcela R... ▼

([HTTPS://SERVICES.EKOGUI.GOV.CO/ERSQU/LOGINIDP](https://services.ekogui.gov.co/ERSQU/LOGINIDP))

Tutoriales y videos

Consulte manuales y ayudas virtuales

0



Preguntas frecuentes

Consulte las preguntas frecuentes

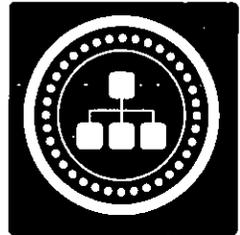
0



Mapa del sitio

Consulte el mapa del sitio

0



Seguridad de la información

(http://www.defensajuridica.gov.co/Paginas/politicas_de_privacidad.aspx)



Pólítica de datos personales

(http://www.defensajuridica.gov.co/Paginas/politicas_de_privacidad.aspx)



Manuales de uso y tutoriales

(<http://www.ekogui.gov.co/Pages/Tutorial-eKogui.aspx>)



GOBIERNO DE COLOMBIA

(<http://es.presidencia.gov.co/Paginas/portada.aspx>)

19/11/2019

Ekogui MS - Gateway



Hola, Alba Marcela R... ▼

Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.

Derechos Reservados 2014

Nit. 900507741-1 - Bogotá D.C. Carrera 7 No. 75-66 Piso 2 y 3.

Horario de atención: 8:00 a.m a 5:00 p.m.

Línea Soporte (57-1) 747 07 77

e-mail: soporte.ekogui@defensajuridica.gov.co



([HTTPS://SERVICES.EKOGUI.GOV.CO/EKOGUI/LOGINIDP](https://services.ekogui.gov.co/ekogui/loginidp))



MINJUSTICIA (<http://www.minjusticia.gov.co/>)



Agencia Nacional de Defensa
Jurídica del Estado

(<http://www.defensajuridica.gov.co/>)

Bogotá D.C.,

JUZGADO 27 LABORAL CT
36964 28-NOV-19 8:37

Señor

JUEZ VEINTISIETE (27) LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Calle 14 No. 7-36 Piso 14°

E. S. D.

31 folios

copio

Proceso: ORDINARIO LABORAL
Radicado: 11001310502720180009600
Demandante: E.P.S. SANITAS S.A.
Demandado: NACIÓN - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL - FOSYGA ACTUAL ADRES

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

ALBA MARCELA RAMOS CALDERÓN, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la cédula de ciudadanía No. 38.144.746 de Ibagué (Tolima), abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 153.593 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando conforme al poder conferido por el jefe de la Oficina Asesora Jurídica y Representante Judicial de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, doctor **FABIO ERNESTO ROJAS CONDE**, el cual se adjunta al presente documento, respetuosamente allego al Despacho escrito de **CONTESTACIÓN DE DEMANDA**, interpuesta por **EPS SANITAS S.A.**, de conformidad con el artículo 31 del Código de Procedimiento Laboral, en los siguientes términos:

I. ACÁPITE PRELIMINAR

1. DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 y atendiendo lo establecido en el artículo 21 del Decreto 1429 de 2016¹ modificado por el artículo 1 del Decreto 546 de 2017, me permito informar que a partir del día primero (01) de agosto del presente año, entró en operación la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES como una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacían parte del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET, los que financian el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recaudan como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la

¹ "Por el cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES y se dictan otras disposiciones"

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

Protección Social (UGPP).

Así las cosas, a partir de la entrada en operación de la ADRES se suprime la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social -DAFPS del Ministerio de Salud y Protección Social² y con ella, el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, tal como lo señala el artículo 5 del Decreto 1432 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 547 de 2017 y cualquier referencia hecha a dicho Fondo o a las subcuentas que lo conformaban o a la referida Dirección se entenderá a nombre de la nueva entidad³.

Sobre este particular, el Consejo de Estado consideró:

*“Recientemente, la Ley 1753 del 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, con el fin de garantizar el adecuado flujo y los respectivos controles de los recursos de la salud, creó una nueva entidad para el sector, denominada Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La entidad hará parte del SGSSS y estará adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente. Esta entidad será quien administre los recursos del Fosyga y el Fonsaet⁴, los recursos que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del régimen contributivo y los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones de la UGPP. La presupuestación y contabilización de los recursos administrados no se hará por subcuentas. **Cuando entre en funcionamiento la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se suprimirá el Fosyga⁵.**” (Negrilla fuera de Texto)*

Así pues, tratándose de conciliaciones y procesos judiciales en los que sea parte el Ministerio de Salud y Protección Social – FOSYGA, representado por la Subdirección de Asuntos Jurídicos de los Fondos y Cuentas de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, de conformidad con el numeral 2 del artículo 38 del Decreto 4107 de 2011⁶ y específicamente la Resolución 1960 de 2014⁷, serán asumidos por la Oficina Asesora Jurídica de la ADRES, tal como dispone el numeral 2 del artículo 11 del Decreto

² De conformidad con el numeral 1 del Artículo 36 del Decreto 4107 de 2011 derogado por el artículo 5 del Decreto 1432 de 2016, modificado por los Decreto 2188 del mismo año y 547 de 2017 encargada de “administrar, directamente o a través de encargos fiduciarios o fiducia pública o cualquier otro mecanismo financiero de administración de recursos el Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga, creado por el artículo 218 de la Ley 100 de 1993; y el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud, Fonsaet, creado por el artículo 50 de la Ley 1438 de 2011”

³ Así lo dispone el Artículo 31 del Decreto 1429 de 2016.

⁴ En el Decreto 4690 de 2011 se determinan los términos y condiciones para la administración del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.

⁵ Ley 1753 del 9 de junio de 2015. “Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018” “Todos por un nuevo país”. Cfr. artículo 66.

⁶ “Artículo 38. Son funciones de la Subdirección de Asuntos Jurídicos de los Fondos y Cuentas, las siguientes: (...) 2. En coordinación con la Dirección Jurídica, en los temas relacionados con las funciones de la Dirección de Administración de Fondos mediante poder otorgado, representar judicial y extrajudicialmente al Ministerio. (...)”

⁷ “Por medio de la cual se efectúan unas delegaciones y se regula la constitución de apoderados para la representación judicial y extrajudicial del Ministerio de Salud y Protección Social”

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

1429 de 2016⁸.

Lo anteriormente expuesto, dará lugar al fenómeno de la sucesión procesal de que trata el artículo 68 del Código General del Proceso⁹, en consonancia con lo establecido por el artículo 26 del Decreto 1429 de 2016:

“ARTÍCULO 26. TRANSFERENCIA DE PROCESOS JUDICIALES Y DE COBRO COACTIVO. La defensa en los procesos judiciales que esté a cargo de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social y los trámites administrativos tendientes al cobro coactivo que esté adelantando la misma Dirección al momento en que la Entidad asuma la administración de los recursos del SGSSS, serán asumidos por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), transferencia que constará en las actas que se suscriban para el efecto. (...)”
(Subrayado y negrilla fuera de texto)

Adicionalmente, es necesario remitirse al artículo 27 ibidem, en donde se dispuso frente a las obligaciones y derechos de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, lo siguiente:

“ARTÍCULO 27. TRANSFERENCIA DE DERECHOS Y OBLIGACIONES. Todos los derechos y obligaciones que hayan sido adquiridos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social, con ocasión de la administración de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, (Fosyga) y del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), se entienden transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Todos los derechos y obligaciones a cargo del Fosyga pasarán a la Administradora de los Recursos del SGSSS (ADRES) una vez sean entregados por el Administrador Fiduciario de conformidad con lo establecido en el contrato de encargo fiduciario con este celebrado.”

Finalmente, es preciso indicar que la ADRES cuenta con la página web: <http://www.adres.gov.co/>, en la cual puede consultarse todo lo relacionado con su operación, su domicilio para todos los efectos legales es la Avenida Calle 26 N° 69 - 76 Torre 1, Piso 17, Edificio Elemento en Bogotá D.C.- Correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co – Teléfono: 4322760.

⁸ Artículo 11. Funciones de la Oficina Asesora Jurídica. Son funciones de la Oficina Asesora Jurídica, las siguientes: (...) 2. Representar judicial y extrajudicialmente a la ADRES en los procesos judiciales y procedimientos administrativos en los cuales sea parte o tercero interesado, previo otorgamiento de poder o delegación del Director General la ADRES. (...)”

⁹ “ARTÍCULO 68. SUCESIÓN PROCESAL. (...) Si en el curso del proceso sobreviene la extinción, fusión o escisión de alguna persona jurídica que figure como parte, los sucesores en el derecho debatido podrán comparecer para que se les reconozca tal carácter. En todo caso la sentencia producirá efectos respecto de ellos aunque no concurren. (...)”

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Mi representada se opone a las pretensiones incoadas por la parte actora en contra de la Nación - Ministerio de Salud y Protección Social - FOSYGA en adelante ADRES, por cuanto carecen de fundamento constitucional y legal de acuerdo con las razones de hecho y derecho que más adelante se expresan.

Resulta evidente, que la finalidad de la presente acción por parte de la demandada no es otra que obtener pago por parte la Nación, argumentando que existe un daño antijurídico derivado de la negativa al pago de los recobros presentados y objeto del presente litigio, sin embargo, en ningún escenario se puede considerar la existencia de un daño antijurídico ante la negativa de un pago de aquello que nunca se ha adeudado. Lo anterior quiere decir que no se ha generado derecho alguno para la demandante frente a los recobros aquí debatidos, por cuanto los mismos resultaron objetados (glosados) por la auditoría debido a que no cumplieron con todos los requisitos establecidos en la normatividad que se encarga de regular el procedimiento de recobros al momento de su presentación ante la ADRES.

Conforme a lo anterior, cuando existe una omisión por parte de la demandante a presentar las solicitudes de recobro de una forma que cumpla con los requisitos exigidos por la normatividad, nos encontramos en un escenario en donde SANITAS EPS no puede alegar la existencia de un daño en su patrimonio, tampoco puede solicitar reembolso de gastos administrativos derivados, y menos de intereses, cuando por su propia culpa y/o negligencia, los recobros objeto del presente litigio le fueron glosados por la auditoría. Lo anterior en consonancia con el PRINCIPIO DEL LEGALIDAD DEL GASTO PÚBLICO que hace imperativo que para que la Administración proceda a ordenar y realizar el correspondiente pago de una obligación, en este caso el valor de los recobros, los mismos no deben encontrarse glosados (objetados), ya que solo así puede inferirse que los recobros se ajustan a la reglado por la norma, y que dicho pago se ajusta al principio de legalidad señalado.

Ahora bien, debe señalarse que la Ley 100 de 1993 estableció como características del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS¹⁰ que todos los afiliados al Sistema recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, denominado Plan Obligatorio de Salud-POS, hoy Plan de Beneficios en Salud¹¹ y que por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud -EPS responsable de su aseguramiento, encargada de la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en dicho Plan¹², recibirá un valor per

10 Artículo 156 de la Ley 100 de 1993

11 De conformidad con la Resolución 6408 de 2016 "Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)"

12 Entendido como el conjunto de servicios y tecnologías en salud descritas en la norma que lo desarrolle, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas para ello en la referida norma.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

cápita, denominado Unidad de Pago por Capitación – UPC, establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS¹³, y posteriormente por la Comisión de Regulación en Salud -CRES¹⁴.

Cabe anotar que en la actualidad la revisión de la suficiencia de la UPC, es adelantada de forma anual por el Ministerio de Salud y Protección Social¹⁵ a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud¹⁶, *“en el marco de los desarrollos académicos y experiencias internacionales relacionados con las metodologías de cálculo de primas de aseguramiento y de ajuste de riesgo”*¹⁷, con la finalidad de cubrir los gastos de las atenciones médicas para los diferentes perfiles de riesgo de la población y de incorporar los costos de administración y ventas, permitiendo un margen de utilidad y riesgo para posibles desviaciones de los costos esperados¹⁸.

Sea del caso indicar que para determinar el valor de la UPC¹⁹, se tienen en cuenta la cantidad de actividades, procedimientos o intervenciones llevados a cabo por las EPS anualmente cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud, así como también el número de afiliados, su grupo etario, el tipo de afiliación, la zona geográfica en donde se ubican, el código de diagnóstico principal o el código del medicamento²⁰, entre otros.

Ahora bien, es necesario señalar que el reconocimiento de la UPC a las EPS se realiza a través del proceso compensación²¹ en el Régimen Contributivo y del giro directo por concepto de Liquidación Mensual de Afiliados – LMA²² en el Régimen Subsidiado de salud. Cabe reiterar que la Unidad de Pago por Capitación tiene como destinación específica el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud.

13 De acuerdo con el literal f) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993

14 Creada por la Ley 1122 de 2007, entre cuyas funciones estaba la de definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen.

15 Decreto 2560 de 2012 por el cual se suprime la CRES y traslada sus funciones al Ministerio de Salud y Protección Social

16 Artículo 7 del Decreto 2562 de 2012 crea la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento, entre cuyas funciones está las de “proponer el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen”.

17 Ministerio de Salud y Protección Social. ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO DE CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2016. Informe a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones del Aseguramiento en Salud. 2016. Pág. 12.

18 De conformidad con el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 los gastos de administración de las EPS no podrán superar el 10% de la UPC en el Régimen Contributivo y el 8% en el Régimen Subsidiado.

19 Resolución 6411 de 2016 *“Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017”*

20 Op Cit. ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO DE CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2016. Información extraída de bases de datos poblacionales y de servicios que corresponden a las de prestaciones en salud reportadas por todas las aseguradoras, las de población del proceso de compensación del FOSYGA para el Régimen Contributivo y de liquidación mensual de afiliados para el Régimen Subsidiado.

21 El artículo 2.6.1.1.2.4 del Decreto 780 de 2016, señala que este proceso se adelanta con la información de los afiliados que registran las EPS y la EOC en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUa y la información adicional que remiten estas entidades al FOSYGA para surtirlo.

22 De acuerdo con lo previsto en el artículo 2.3.2.2.6 del Decreto 780 de 2016, esta se realiza con fundamento en la información de afiliación contenida en la BDUa; la cual es actualizada por las EPS y validada por las entidades territoriales en el marco de la Resolución 4622 de 2016.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

Así pues, la garantía del acceso efectivo y de la calidad en la prestación de los servicios, tecnologías y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, le compete a las EPS, las cuales los prestan directamente o contratan los servicios de salud con instituciones prestadoras y profesionales de la salud que para ello requieran²³, en desarrollo de la función indelegable de aseguramiento que recae sobre estas de conformidad con el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, **el cual establece que les corresponde la administración del riesgo financiero y la gestión del riesgo en salud.**

Adicionalmente, en relación a la función que le asiste a las EPS de garantizar la prestación del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, es oportuno indicar que la Corte Constitucional mediante Sentencia SU-480 de 1997 "hizo un examen de la estructura financiera del SGSSS y resaltó lo siguiente: (...) para que las EPS cumplan sus funciones, el SGSSS les reconoce una UPC por cada afiliado, cuyo valor es definido por los órganos rectores del sistema atendiendo a criterios indicados en la Ley 100; (...) la UPC debe destinarse por las EPS a garantizar el contenido del POS (...)."

Dentro del esquema de aseguramiento para la financiación de los servicios de salud, las EPS como actoras directas del Sistema General de Seguridad Social, tienen el deber de garantizar la integralidad en la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, teniendo la posibilidad de recuperar los costos en que incurren al prestar el servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud POS al Estado, como es alegado en la presente demanda, sin embargo, esto solo es viable **siempre y cuando la solicitud del reintegro cumpla con todos los requisitos establecidos en la normatividad que regula el procedimiento de recobros.**

De acuerdo con lo hasta aquí expuesto, la simple presentación de un recobro ante el auditor de la ADRES no genera derechos, es una mera expectativa, toda vez que los recobros se encuentran sujetos al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente que regula el procedimiento para obtener el derecho y pago de los mismos.

Precisado lo anterior, si bien le corresponde al Estado garantizar una cobertura universal en la prestación del servicio de salud tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado, no es menos cierto que, las Administradoras del Riesgo en Salud, dentro de ellas **EPS SANITAS S.A.**, como actora directa del Sistema General de Seguridad Social en Salud y prestadora de un servicio público esencial como lo es la salud, **debe cumplir y ceñirse a la normativa que fija el Estado como instrumento necesario para llevar a cabo la labor redistributiva y atenuar los efectos perversos del mercado.**

En efecto, de conformidad con los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, tanto la seguridad Social como la salud son servicios públicos a cargo del Estado. Es tarea del Estado, en ambos casos, desarrollar labores de dirección, coordinación y control con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Dentro de las características más relevantes a nivel constitucional se destaca:

23 Artículo 179 de la Ley 100 de 1993

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

- Su irrenunciabilidad
- La paulatina ampliación de la cobertura
- **La protección en el destino de los recursos**
- La garantía de accesibilidad.

Lo anterior para significar que es tarea indelegable y primordial del Estado la **protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**, para lo cual ha diseñado una estricta y adecuada regulación en materia de recobros, entendida esta figura como la posibilidad que tiene la EPS para recuperar los costos en que incurrió al prestar el servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud POS ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA (ADRES), regulación que deben cumplir estas entidades para obtener su respectivo pago, siempre y cuando den cumplimiento a los requisitos allí establecidos, los cuales obedecen a exigencias indispensables para la acreditación de la prestación del servicio, lo que de contera asegura la correcta destinación de dichos recursos.

Ahora bien, a continuación, se realizará el pronunciamiento respecto a cada una de las pretensiones señaladas por la entidad demandante, así:

PRETENSIONES PRINCIPALES Y SUBSIDIARIAS

PRIMERA Y SEGUNDA: Se responde con los mismos argumentos teniendo en cuenta que la demandante solicita se declare la responsabilidad de la Entidad, por daño emergente, con ocasión al daño antijurídico derivado del rechazo infundado de 163 recobros y como consecuencia la condena a la misma. Me opongo a la pretensión de que se declare la responsabilidad de **la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social y Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de la Seguridad Social en Salud. ADRES**, y como consecuencia se condene por valor de **DOSCIENTOS CINCUENTA MILLONES CERO CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE (\$250.053.918)**, pretensión que deviene del suministro y entrega de **TRESCIENTOS SETENTA (370)** servicios entregados que al parecer no se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud, **relacionados en LA PRETENSIÓN PRIMERA del libelo introductorio.** La razón de la oposición frente a esta pretensión es por cuanto los recobros objeto del presente proceso fueron rechazados en el trámite de auditoría integral realizado por el ente auditor del extinto FOSYGA, y se les impusieron glosas que impidieron su reconocimiento y pago, las cuales como se puede observar en el apoyo técnico que se aporta no fueron subsanadas en debida forma por la demandante.

Igualmente, y como se menciona en el presente escrito, los recobros fueron objeto de imposición de glosa por parte del auditor del FOSYGA, **por considerar que los mismos se encuentran incluidos en los planes de beneficios, ya cancelados y fueron reconocidos a la EPS a través de la UPC, o porque no cumplieron con la carga documental o probatoria para el reconocimiento y pago de los mismos.**

Ahora bien, los presupuestos generales de la responsabilidad se basan en la relación fáctica entre dos o más sujetos consistente en que, desde el punto de vista de los hechos, el uno le produce al otro un daño o un perjuicio.

La responsabilidad patrimonial extracontractual del Estado surge cuando se ha cometido un daño antijurídico y existe una imputabilidad jurídica, es decir, se puede endilgar la obligación jurídica de indemnizar, pero ya no desde el punto de vista fáctico sino también jurídico y esta se predica de la existencia de un título jurídico de imputación que permita atribuir la responsabilidad a cargo del Estado, dichos títulos son la falla del servicio, el riesgo excepcional, el daño especial, etc.

Para el presente caso, la entidad demandante señala que el daño antijurídico es consecuencia del no pago de recobros que, en su entender, no se encuentran incluidos en Planes de Beneficios en salud. Al respecto se debe señalar que el daño antijurídico, considerado por la doctrina como aquel daño que el administrado no tiene el deber jurídico de soportar, no se configura, pues el objeto de este proceso es el reconocimiento y pago de recobros **incluidos** en los planes de beneficios en salud y reconocidos a la EPS a través de la UPC, lo cual fue concluido en la auditoría integral realizada sobre los mismos.

Lo anterior permite concluir que el daño alegado proviene exclusivamente de la omisión y negligencia del propio agente, luego no puede atribuir responsabilidad al Estado por un hecho exclusivamente suyo, **pues nadie puede alegar su propia culpa para derivar un beneficio.**

Sea del caso reiterar que, de acuerdo con los principios generales del derecho, ***“a nadie le es dable su propia culpa para obtener provecho de ello”***, es decir que, para el caso que nos ocupa, no puede la entidad demandante alegar que ha sufrido un Daño Antijurídico, por no haber obtenido el pago de los recobros **incluidos** en planes de beneficios en salud, **y pretender hacerse un pago indebido o doble con los recursos parafiscales del sistema de salud.**

Igualmente me opongo a la prosperidad de la pretensión de condena incoada por la entidad demandante, en atención a que el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 establece que el aseguramiento en salud incluye **la administración del riesgo financiero y de salud, por lo tanto, y en caso de presentarse la situación en que el pago de estas prestaciones económicas supere el monto de la provisión establecida, las EPS-EOC deberán asumir estos valores con los recursos de la entidad.**

Así mismo se debe indicar que la Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008, precisó que las **Entidades Promotoras de Salud –EPS– en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento (artículo 14, Ley 1122 de 2007)**, lo cual no implica que la EPS asuma **exclusivamente** los servicios y medicamentos incluidos en el POS, ya que, de acuerdo con la legislación y con lo manifestado por la Corte, el **“aseguramiento en salud”** comprende además (i) la administración del riesgo financiero, (ii) la gestión del riesgo en salud, (iii) la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, (iv) la garantía de la calidad en la

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

prestación de los servicios de salud y (v) la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores.

De conformidad a lo expuesto, es deber de las EPS garantizar la integralidad en la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, entendida esta como el seguimiento a la patología del paciente, teniendo la posibilidad de recuperar los costos en que incurrió al prestar el servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud POS ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA (hoy ADRES), siempre y cuando la solicitud del reintegro cumpla con todos los requisitos establecidos en la normatividad que regula el procedimiento de recobros y se presente dentro de los términos que la norma determina.

TERCERA Y CUARTA: Procede a pronunciarse esta Entidad de las dos pretensiones ya que la pretensión cuarta es la consecuencia de la declaración de la pretensión tercera. Me opongo a que se declare responsabilidad de la Nación – Ministerio de Salud y Protección Social y Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de la Seguridad Social en Salud. ADRES, en la causación de perjuicios causados a la demandante, por la suma de VEINTICINCO MILLONES CERO CINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y UN PESO MONEDA LEGAL (\$25.005.391), correspondiente al 10% de los gastos administrativos por gestión y manejo de las prestaciones excluidas del POS y objeto de la presente demanda, por cuanto no puede declararse responsable al Estado de causar perjuicios derivados de gastos administrativos que debe asumir la demandante como empresa prestadora de los Servicios de Salud, y que además resultan causados a raíz de una supuesta obligación principal que no tiene soporte.

Al respecto se debe señalar que la Honorable Corte Suprema de Justicia ha considerado frente a la existencia del daño lo siguiente:

“La certidumbre del daño, por consiguiente, es requisito constante ineludible de toda reparación y atañe a la real, verídica, efectiva o creíble conculcación del derecho, interés o valor jurídicamente protegido, ya actual, bien potencial e inminente, mas no eventual, contingente o hipotética (cas. civ. sentencias de 11 de mayo de 1976, 10 de agosto de 1976, G.J. No. 2393, pp. 143 y 320).”²⁴

La EPS debe informar al despacho los supuestos gastos administrativos a que hace referencia, así como indicar si cuenta o no cuenta con la capacidad, el personal y la infraestructura para la atención de sus afiliados; de continuar con la pretensión de gastos administrativos derivados de su gestión, el despacho deberá poner en conocimiento de la Superintendencia Nacional de Salud dicha situación, ya que la superintendencia es la entidad encargada de la inspección, vigilancia y control de las Entidades Promotoras de Salud.

²⁴ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil. M.P. Margarita Cabello Blanco, sentencia del cinco de agosto de 2014, Sentencia SC10103-2014.

QUINTA: Me opongo a la prosperidad de la pretensión, ya que, respecto de los intereses que se pretenden reclamar por esta vía, resulta necesario recordar que los mismos son considerados como una obligación accesoria, la cual por su naturaleza misma no puede subsistir sin una obligación principal a la cual acceda, y teniéndose que, por haberse recobrado prestaciones que se encuentran **INCLUIDAS** en el Plan de Beneficios en salud o YA RECONOCIDAS, la hoy **Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES no le adeuda a EPS SANITAS S.A., ninguno de los valores reclamados a través del presente proceso**, pues no existe obligación de pagar unas cuentas cuando lo que se recobra por la demandante fue objeto de reconocimiento a través de la UPC asignada a la EPS por tratarse de una prestación incluida en el Plan de Beneficios; razón por la cual, al no existir obligación principal que se encuentre pendiente de pago, por sustracción de materia, no puede existir la obligación accesoria de pago de intereses, pérdida del valor del dinero, gastos administrativos o indexación de valores.

No obstante, lo anterior, en relación con la causación de presuntos intereses moratorios por el no pago de los recobros, es necesario recordar que lo que al respecto dispone el Decreto Ley 1281 de 2002, artículo 4, sobre intereses, así:

“Intereses moratorios. El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, causará intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.”

Así las cosas, en el evento de incumplir los plazos previstos en el Decreto Ley, la entidad incumplida deberá reconocer y pagar intereses moratorios, en los términos transcritos. No obstante, la Resolución 3099 de 2008, modificada por la Resolución 3754 del mismo año, vigentes para la época de los recobros objeto de demanda, en su artículo 13, dispusieron:

“Término para estudiar la procedencia y el pago de las solicitudes de recobro. El Ministerio de la Protección Social o la entidad que se defina para tal efecto, deberá adelantar el estudio de la solicitud de recobro e informar a la entidad reclamante el resultado del mismo, a más tardar dentro de los dos (2) meses siguientes a su radicación.

Como resultado del estudio, las solicitudes de recobro podrán ser objeto de rechazo, devolución, aprobación condicionada o aprobación para pago.

Las solicitudes de recobro presentadas oportunamente y en debida forma, que tengan como resultado aprobación para pago, deberán pagarse dentro del plazo señalado en el presente artículo.”

Como se observa, estas resoluciones establecieron el término de 2 meses para informar al recobrannte el resultado, así mismo, dispusieron que aquellos recobros correctamente

presentados, con aprobación de pago, deberán pagarse dentro del mismo término de 2 meses.

De lo anteriormente expuesto se colige que el Decreto Ley 1281 de 2002, no estableció plazo alguno para el pago de recobros de EPS presentados ante el FOSYGA, en consecuencia, el incumplimiento del plazo establecido en las Resoluciones 3099 de 2008 modificada por la 3754 de 2008, Resolución 5395 de 2013 y/o demás resoluciones que la adicionen o modifiquen, no causa intereses moratorios, pues su imposición debe emanar de una norma legal, lo que no es propio del caso concreto, habida cuenta que como quedó reseñado líneas atrás, el Decreto 1281 de 2002, en manera alguna fijó un término al Ministerio para el pago de los recobros, pues se enfatiza, dichos decretos ni siquiera aluden a la expresión “recobros”, por lo que no podría colegirse que la previsión contenida en su artículo 4º, esté llamada a aplicarse para el caso en estudio.

Debido a lo anterior, es necesario analizar el concepto de cada uno de estos elementos, es decir, de la indexación y el interés de mora.

Así pues, la indexación es una corrección monetaria la cual atiende al fenómeno económico de la inflación, y por medio del cual se revalorizan las obligaciones dinerarias ante la pérdida de poder adquisitivo de la moneda, criterio que comparte la Honorable Corte Suprema de Justicia al exponer:

“La indización o indexación, siempre ha sido, sin lugar a dudas, una medida excepcional. Es la respuesta del derecho, legislado y jurisprudencial, al fenómeno de la ‘inflación’. Un mecanismo de revalorización de ciertas obligaciones dinerarias, cuyo objetivo es poner en equilibrio la ecuación económica gravemente desbalanceada por una fuerte pérdida del poder adquisitivo del peso, de la cual se beneficiaría al deudor de ella ante la consecuenencial depreciación de su prestación, con claro detrimento del acreedor; quien en últimas se vería obligado, en virtud de unas reglas jurídicas nominalistas, a recibir un pago incompleto.”²⁵

De manera, que la indexación es la corrección monetaria que se presenta como consecuencia de la pérdida del poder adquisitivo del dinero como consecuencia de la inflación.

Por su parte, en el caso que nos ocupa, de conformidad con las pretensiones de la demanda los intereses solicitados son aquellos denominados como intereses de mora, el cual es entendido como el valor de indemnización de los perjuicios por la mora, criterio que comparte la doctrina al exponer:

²⁵ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Laboral, M.P. Carlos Isaac Nader, Sentencia de agosto 18 de 1990, Exp. 11818.

“El interés es el costo del dinero en una unidad determinada de tiempo. También puede entenderse como el fruto civil de un capital exigible (art. 717 del C.C.), o como el valor de la indemnización de los perjuicios por la mora, si la obligación es de pagar una cantidad de dinero (art. 1617 del C.C.)”²⁶

Ahora bien, frente a los intereses, la actora fundamenta su petición en el artículo cuarto del Decreto 1281 de 2002, el cual dispone lo siguiente:

“Artículo 4°. Intereses moratorios. El incumplimiento de los plazos previstos para el pago o giro de los recursos de que trata este decreto, causará intereses moratorios a favor de quien debió recibirlos, liquidados a la tasa de interés moratorio **establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales.**” (Resaltado ajeno al texto)

Así, es necesario analizar el tipo de tasa dispuesta en el artículo 365 del Estatuto Tributario, el cual dispone:

“ARTICULO 635. DETERMINACIÓN DE LA TASA DE INTERÉS MORATORIO. <Artículo modificado por el artículo 141 de la Ley 1607 de 2012. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos de las obligaciones administradas por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, el interés moratorio se liquidará diariamente a la tasa de interés diario que sea **equivalente a la tasa de usura vigente determinada por la Superintendencia Financiera de Colombia para las modalidades de crédito de consumo.** (...)” (Resaltado ajeno al texto)

De acuerdo a lo anterior, la tasa de interés que nos corresponde analizar, no es otra que el interés bancario para créditos de consumo, es decir, se trata de un interés comercial, como lo es el interés bancario corriente certificado por la Superintendencia Financiera, y el cual incorpora determinados elementos a saber:

- Una proporción que corresponde al costo del dinero.
- Una tasa de riesgo que cubre el riesgo asumido por el acreedor.
- Gastos de la operación de crédito.
- **Un porcentaje destinado a compensar la pérdida del poder adquisitivo del dinero como consecuencia de la inflación.**

SEXTA: Me opongo a la prosperidad de la pretensión YA QUE LAS COSTAS, es hecho incierto que debe ser requerido únicamente en el momento en que exista en contra de mi representada una sentencia judicial en firme; igualmente se debe indicar al despacho

²⁶ Henry Alberto Becerra León, DERECHO COMERCIAL DE LOS TÍTULOS VALORES, Ediciones Doctrina y Ley Ltda. Quinta Edición, Bogotá D.C., Pág. 127.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

que las actuaciones de mi representada se ajustan a la normatividad expedida respecto al tema de recobros presentados para reconocimiento y pago con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que la imposición de costas de acuerdo al artículo 365 del C.G.P en los procesos judiciales son impuestas en la medida de su comprobación.

SÉPTIMA: Me opongo a la prosperidad de la pretensión ya que la demandante no puede solicitar que se ordene la indexación del dinero, y al mismo tiempo que se condene al pago de los intereses ordenados en el artículo cuarto del Decreto 1281 de 2002, ya que tal pretensión atendería una doble indemnización a favor del actor, criterio que comparte la H. Corte Suprema de Justicia al exponer:

*“Esta ha sido, cumple memorarlo, la doctrina prevalente de la Corte, con arreglo a la cual se ha precisado que, cuando se trata de intereses legales de carácter mercantil, la tasa certificada por la Superintendencia Bancaria **‘incluye por principio el resarcimiento inherente a la pérdida del poder adquisitivo del dinero’**, pues aquélla refleja el promedio de las tasas que en un determinado período cobran los bancos a sus clientes en las operaciones activas de crédito, las que comprenden ‘por sobre el denominado costo financiero estricto, un precio justo que al segundo –banco– le permita cubrir sus expensas operativas, crear reservas para hacerle frente a los riesgos en los que la depreciación monetaria juega sin duda un papel preponderante y obtener, en fin, un razonable aprovechamiento empresarial.’ De ahí entonces, que no sería **‘justo ni equitativo, esta vez con el deudor, hacer gravitar nuevamente y de manera arbitraria el deterioro del signo monetario, imponiéndole una condena adicional que vendría a hacerlo soportar un doble pago del mismo concepto por la vía de la revaluación de la suma líquida adeudada...**”²⁷
(Negrilla ajena al texto)*

En el mismo sentido, ha expresado la doctrina:

“Teniendo en cuenta que los intereses comerciales involucran la pérdida de poder adquisitivo del dinero por la inflación, no pueden, entonces, acumularse intereses comerciales e indexación, porque el pago de los intereses comprende la corrección cometaria, lo cual equivaldría a pagar doblemente el mismo concepto. Se estaría reconociendo dos veces la inflación.”²⁸

Por lo tanto, en el evento de considerar que la existencia de la obligación el presunto incumplimiento en el pago de los recobros, no se podrá ordenar la condena al pago de intereses mercantiles, acumulándose al mismo tiempo, la condena al pago de la indexación, pues tal condena acumulada no atendería a una indemnización plena y si

²⁷ Corte Suprema de Justicia, Sala de Casación Civil, M.P. Carlos Ignacio Jaramillo, Sentencia de noviembre 19 de 2001, Exp. 6094.

²⁸ Henry Alberto Becerra León, DERECHO COMERCIAL DE LOS TÍTULOS VALORES, Ediciones Doctrina y Ley Ltda. Quinta Edición, Bogotá D.C., Pág. 148.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

por el contrario sería inequitativa en contra de la Nación - Ministerio de Salud y Protección Social - FOSYGA (Hoy ADRES).

III. FRENTE A LOS HECHOS Y OMISIONES

AL HECHO PRIMERO: NO NOS CONSTA Y DEBE SER PROBADO EN EL PROCESO; si bien la EPS demandante pudo haber autorizado y cubierto la prestación de servicios relacionados en este hecho, será la parte actora quien deberá demostrar la efectiva autorización y prestación de dichos medicamentos, así como aportar los soportes que acreditan el suministro y entrega de los mismos. Sin embargo, el prestarlos no es un indicador de que la ADRES deba pagarlos, pues si estos están incluidos en el PBS o ya fueron asumidos por el FOSYGA, o si la EPS no subsanó la glosa en debida forma no es posible reconocimiento alguno. Entonces también tendrá la obligación de demostrar que los mismos no estaban incluidos en el PBS, en la UPC y que, de ser por fallo judicial o CTC, es coherente la prestación con el afiliado y que se allegaron al AUDITOR todos los documentos contentivos de la obligación Y NO QUE SE ECUENTRA SUBSANANDO ESTA SITUACIÓN CON LA PRESENTE DEMANDA.

AL HECHO SEGUNDO: NO NOS CONSTA Y DEBE SER PROBADO EN EL PROCESO; deberá ser la demandante quien demuestre que el Comité Técnico Científico realizó un estudio juicioso apegado a las normas, de la entrega de los servicios relacionados y autorizados, y que los medicamentos ordenados mediante acción constitucional no hacen parte del PBS y que no fueron reconocidos previamente través de la UPC asignada a la EPS por tratarse de una prestación incluida en el Plan de Beneficios, y que de ser por fallo judicial o CTC, es coherente la prestación con el afiliado y que se allegaron al AUDITOR todos los documentos contentivos de la obligación Y NO QUE SE ECUENTRA SUBSANANDO ESTA SITUACIÓN CON LA PRESENTE DEMANDA.

Es que su señoría, que la orden sea judicial o del CTC de la EPS, no indica que no estén en el PBS o que no no fueron reconocidos previamente través de la UPC asignada a la EPS por tratarse de una prestación incluida en el Plan de Beneficios.

Entonces también tendrá la obligación de demostrar que los mismos no estaban incluidos en el PBS, en la UPC y que, de ser por fallo judicial o CTC, es coherente la prestación con el afiliado y que se allegaron al AUDITOR todos los documentos contentivos de la obligación PARA SU RECONOCIMIENTO.

Ahora bien, en caso contrario no basta solo con demostrar que los servicios que se prestaron estaban o no en el PBS, SINO QUE, AL MOMENTO DE SUBSANAR LA GLOSA IMPUESTA POR EL AUDITOR, LA EPS CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN LA NORMA AL MOMENTO DE PRESENTARLA NUEVAMENTE.

HECHO TERCERO: NO NOS CONSTA Y DEBERÁ SER PROBADO EN EL PROCESO; la demandante tiene la carga de probar que los servicios fueron efectivamente prestados por sus IPS, así como demostrar el soporte de la radicación de las facturas señaladas en este

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

hecho y que las mismas correspondían a los medicamentos aquí mencionados y suministrado al afiliado que aquí se relaciona, e igualmente que las facturas cumplen con los requisitos de Ley.

AL HECHO CUARTO Y QUINTO: NO NOS CONSTA Y DEBERÁ SER PROBADO EN EL PROCESO; como la demandante lo manifiesta la radicación de recobro se realizó ante el consorcio auditor, será este, cuando sea integrado como llamado en garantía quien manifieste si lo expresado en este hecho es cierto o no.

AL HECHO SEXTO: NO NOS CONSTA; debido a que mi representada no es quien realiza la auditoría integral a los recobros que radican las entidades prestadoras de servicios de salud ante el FOSYGA (Hoy ADRES); dicha tarea es asumida por un tercero quien, en virtud de un contrato de consultoría, realiza la auditoría integral de los recobros y al llamarlo en garantía, será este quien deberá manifestar los números de radicación, la descripción de los recobros y las fechas de estas solicitudes.

AL HECHO SÉPTIMO: No es un hecho, son las pretensiones de la demanda.

AL HECHO OCTAVO Y NOVENO: NO NOS CONSTA. De acuerdo a lo manifestado por el demandante LAS RECLAMACIONES se realizaron a una entidad diferente a la represento, será entonces el AUDITOR, cuando sea integrado como llamado en garantía dentro de este proceso quien desvirtuará o no este hecho.

AL HECHO DÉCIMO: NO NOS CONSTA; debido a que mi representada no es quien recepciona los recobros que radican las entidades prestadoras de servicios de salud ante el consorcio auditor, dicha tarea es asumida por un tercero quien, en virtud de un contrato de consultoría, realiza la auditoría integral de los recobros y al llamarlo en garantía, será este quien deberá manifestar si fueron estos los recobros realizados por la EPS, sin embargo reposa la siguiente información en la Dirección de otras prestaciones

No. RADICADOS	VALOR RADICADO PRIMERA PRESENTACIÓN	VALOR APROBADO	VALOR GLOSADO
163	\$ 262.376.991	\$ 2.088.210	\$ 260.288.781

TIPO DE GLOSA	No. RADICADOS
GLOSAS COMBINADAS	87
GLOSA UNICA DE EXTEMPORANEIDAD	74
OTRAS GLOSAS UNICAS	2
TOTAL	163

ID GLOSAS	DESCRIPCION GLOSA	No. GLOSAS	PORCENTAJE %
	GLOSA UNICA DE EXTEMPORANEIDAD	74	29%

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

1-01	Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	20	0,08
1801	La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	48	0,19
1802	La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	6	0,02
GLOSAS COMBINADAS		176	70%
1-01	Solicitud de Recobro presentada en forma extemporánea de conformidad con el artículo 13 del Decreto-Ley 1281 de 2002.	66	0,26
2-26	Cuando el recobro sea objeto de investigaciones por parte de las autoridades judiciales o administrativas competentes	6	0,02
4-05	Uno o varios ítems incluidos en el recobro presentan alguna causal de rechazo o devolución.	17	0,07
2-02	La factura no cumple con el literal c) del artículo 617 del Estatuto Tributario.	21	0,08
2-03	No hay evidencia de la entrega del medicamento No Pos, servicio médico o prestación de salud No Pos al paciente.	15	0,06
2-01	Lo recobrado no corresponde con lo facturado por el proveedor.	1	0,00
1-05	No se adjunta copia del fallo o fallos de tutela	4	0,02
3-11	El usuario reportado en el recobro no aparece en la base de datos única de afiliados BUDA por la entidad recobrante para el periodo de la prestación del servicio	1	0,00
2-12	La fecha de solicitud del médico tratante es posterior al suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud	1	0,00
1001	Las fechas de solicitud del médico tratante, autorización y/o prestación no son consistentes	14	0,06
1802	La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	8	0,03
1801	La solicitud se presenta en forma extemporánea de conformidad con el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012 modificadorio del artículo 13 del Decreto 1281 de 2002.	13	0,05
1301	El usuario se encuentra reportado fallecido en RNEC para la fecha de prestación del servicio	7	0,03
1703	El monto a reconocer presenta diferencias	2	0,01
OTRAS GLOSAS UNICAS		2	1%
1-05	No se adjunta copia del fallo o fallos de tutela	1	0,00
0102	El Acta de CTC no contiene ni avala la información requerida por la normativa vigente	1	0,00
TOTAL		252	100%

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

AL HECHO DÉCIMOPRIMERO, DÉCIMOSEGUNDO Y DÉCIMOTERCERO: NO NOS CONSTA. La entidad demandante deberá probar que efectivamente esos supuestos gastos, fueron ocasionados con por esta Entidad. Las entidades prestadoras de salud, deben contar con el presupuesto administrativo, el personal suficiente e idóneo para asumir esta clase de contingencias. Hace parte de las obligaciones de la prestación del servicio de salud.

IV. MARCO LEGAL Y FUNDAMENTOS DE DEFENSA

MARCO LEGAL SOBRE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - RECONOCIMIENTO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACION (UPC) Y EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD – POS.

En su momento, las actuaciones del Ministerio de Salud y Protección Social se realizaron bajo el amparo se enmarcan dentro del ordenamiento constitucional, legal y normativo que rige el procedimiento de los recobros 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 los Comités Técnicos Científicos de las EPS y/o ordenados por fallos de tutela.

En virtud de lo expuesto, debe la entidad demandante entrar a demostrar la supuesta obligación que pretende que mi representada le reconozca por concepto de recobros, e igualmente demostrar que subsanó con el rigor legal establecido para el procedimiento de recobros, las glosas que les fueron impuestas; lo anterior habida cuenta que por cada recobro presentado pueden coexistir diferentes causales o glosas impuestas para su rechazo, por ello es de gran importancia que la parte actora determine con precisión y en forma individual la causal motivo de rechazo y el cumplimiento a cabalidad de los requisitos exigidos en la normatividad vigente para obtener su pago.

Según el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia, tanto la Salud como la Seguridad Social son servicios públicos que se prestarán bajo la dirección, coordinación y control del Estado con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

La Ley 100 de 1993 se ocupó de reglamentar el sistema de Seguridad Social colombiano con el fin de configurar entre otros, el sistema general en materia de Salud y de acuerdo con lo establecido en el artículo 182 de dicha normativa, para la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio (POS) para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita que se denomina Unidad de Pago por Capitalización – UPC, la cual se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos

cubiertos y de los costos de prestación de servicios en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.

La UPC tiene dos características: un valor de aseguramiento y un monto calculado del valor de los servicios que da derecho al usuario a recibir la atención en salud que requiera dentro de los parámetros definidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS independientemente de su capacidad económica y de su aporte al sistema.

La Unidad de Pago por Capitación es en últimas el reconocimiento de los costos que acarrea la puesta en ejecución del Plan obligatorio de salud por parte de las EPS, es decir, que su objetivo fundamental es el de financiar en su totalidad la ejecución del POS^[3].

Dentro del esquema de aseguramiento para la financiación de los servicios de salud, las EPS como actoras directas del Sistema General de Seguridad Social, tienen el deber de garantizar la integralidad en la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, teniendo la posibilidad de recuperar los costos en que incurren al prestar el servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud POS ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, siempre y cuando la solicitud del reintegro cumpla con todos los requisitos establecidos en la normatividad que regula el procedimiento de recobros ante el FOSYGA²⁹.

Si bien es cierto el Estado debe brindar una cobertura universal en la prestación del servicio de salud a sus afiliados tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, no es menos cierto que, las Entidades Promotoras de Salud como actores directos del Sistema General de Seguridad Social en Salud y prestadores de un servicio público esencial como lo es la salud, deben cumplir y ceñirse a la normativa que fija el Estado como instrumento necesario para llevar a cabo la labor redistributiva y atenuar los efectos perversos del mercado.

Como se indicó líneas atrás, la Seguridad Social en materia de Salud es un servicio público que se encuentra a cargo del Estado, por lo que le corresponde a este desarrollar las labores de dirección, coordinación y control, garantizando la **PROTECCIÓN EN EL DESTINO DE LOS RECURSOS**, por lo que ha diseñado una estricta y adecuada regulación en materia de recobros, entendida esta figura como la posibilidad que tiene la EPS para recuperar los costos en que incurrió al prestar el servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud POS ante el FOSYGA, regulación que deben cumplir estas entidades para obtener su respectivo pago, siempre y cuando lo recobrado obedezca a prestaciones de servicios de salud que no se encuentren incluidos en el POS y además, se dé cumplimiento a los requisitos allí establecidos, los cuales obedecen a exigencias

^[3] Corte Constitucional, Sentencia C – 824 de 2004 MP. Rodrigo Uprimny Yepes

²⁹ Para el caso concreto, teniéndose que los recobros fueron radicados en fechas diferentes, las normas a aplicar son el Decreto Ley 1281 de 2002, la Resolución 2933 de 2006, la Resolución 3099 de 2008 y normas complementarias.

indispensables para la acreditación de la prestación del servicio, lo que de contera asegura la correcta destinación de dichos recursos.

Descendiendo al caso concreto no puede la demandante alegar una obligación de pago en contra de la ADRES y con cargo a los recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud, por el simple hecho de no obtener el pago reclamado, cuando no le asistía el derecho a recobrar, en atención a que lo que se reclama ya se le ha pagado por vía de Unidad de Pago por Capitación-UPC.

Ahora bien, sea del caso indicar al despacho que en las normas que regulan el POS, no existe un listado de dispositivos e insumos biomédicos, ni su calificación, clasificación o instrucciones de su uso, razón por la cual se impone entender que, a menos que exista una exclusión expresa en las normas, el Plan Obligatorio de Salud-POS incluye todo insumo médico-quirúrgico o dispositivo biomédico (como por ejemplo las pilas o cables para implante coclear) necesario para ejecutar efectiva y adecuadamente las actividades, procedimientos e intervenciones descritos en el manual del POS bajo el principio de calidad y su componente INTEGRIDAD del servicio o prestación.

Cabe reiterar que la relación y codificación de actividades, intervenciones y procedimientos, contenidas en la Resolución 5261 de 1994, conocida en el lenguaje del sistema como MAPIPOS, se constituye en un manual de actividades, intervenciones y procedimientos, creado con el propósito que sea utilizado en el Sistema de Seguridad Social en Salud, para garantizar el acceso a los contenidos específicos del Plan Obligatorio de Salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos, con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro de la Seguridad Social en Salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia.

Igualmente se debe indicar que el listado de actividades, intervenciones y procedimientos, contenidas en dicha Resolución, no es taxativo de lo que se considera incluido en el POS, puesto que enunciar todos y cada uno de los insumos, técnicas de procedimiento y tecnologías aplicadas para la recuperación de la salud de los seres humanos en cada patología que los afecte, y en sus diferentes denominaciones es una labor imposible de asumir, razón por la cual, **a menos que exista una exclusión expresa en las normas sobre determinado elemento, procedimiento, insumo o actividad, el Plan Obligatorio de Salud -POS incluye todo insumo médico-quirúrgico o dispositivo biomédico necesario para ejecutar efectiva y adecuadamente las actividades contenidas en el manual del POS.**

Aunado a lo anterior, el artículo 14 del Acuerdo 08 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud, establecía:

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

Artículo 14. Cobertura de insumos, suministros y materiales. *En el caso de los listados de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos, definidos en el presente acuerdo, la inclusión en el POS y POS-S se limita a los descritos en el mismo, en consecuencia, conduce a la no inclusión o exclusión de los que no se describen en el listado respectivo, salvo expresión en contrario de acuerdo con lo definido en cada listado. En los casos de no existir listado, las EPS deben garantizar los insumos, suministros y materiales, sin excepción, necesarios para todas y cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones cubiertos en el presente acuerdo, salvo excepción expresa para el procedimiento en el mismo acuerdo.*

Corolario de lo anterior y de conformidad con lo expresado por el entonces Ministerio de la Protección Social, mediante la Nota Interna N.º 108480 del 15 de abril de 2009, se tiene que *“Como en la normas del POS no existe un listado de dispositivos e insumos biomédicos, ni su calificación, clasificación o instrucciones de su uso, la premisa básica por parte de esta Dirección es que a menos que exista una exclusión expresa en las normas, como por ejemplo en las sillas de ruedas o los lentes de contacto, el Plan Obligatorio de Salud incluye todo insumo médico quirúrgico o dispositivo biomédico necesario para ejecutar efectiva y adecuadamente las actividades, procedimientos e intervenciones descritos en el manual del POS bajo el principio de calidad y su componente INTEGRIDAD del servicio o prestación”* (Negrilla fuera de texto)

Ahora bien, como si la Resolución 5261 de 1994 y la posición siempre sostenida por el ente rector de la salud no fueran suficientes, en pronunciamiento sobre el tema que se debate, la **Honorable Corte Constitucional en Sentencia T-760 de 2008**, siendo Magistrado Ponente el Dr. MANUEL JOSÉ CEPEDA ESPINOSA, expresó lo siguiente:

“(…)

“6. Problemas recurrentes constatados dentro de un patrón de violaciones al derecho a la salud.

6.1. Ordenes relacionadas con los planes de beneficios

6.1.1. Medidas para eliminar la incertidumbre acerca del contenido de los planes de beneficios y actualización periódica de los mismos. (...)

6.1.1.1.3. Más allá de cualquier consideración...”

“(…)

Así pues, se han elaborado algunas reglas generales para resolver dudas acerca de la pertenencia de un servicio de salud al POS, y otras reglas específicas aplicables a hipótesis concretas de exclusión.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

- (i) **Las inclusiones y exclusiones del POS deben ser interpretadas conforme a un criterio finalista, relacionado con la recuperación de la salud del interesado y el principio de integralidad.**³⁰ La aplicación concreta de este criterio se ha orientado a señalar que **en los casos en los que un procedimiento, tratamiento o actividad se encuentra incluido en el POS hay que entender que también lo están, de conformidad con el principio de integralidad, los implementos y demás servicios de salud necesarios para su realización de tal forma que cumpla su finalidad de lograr la recuperación de la salud.**³¹ Sobre la justificación de este criterio a la luz del derecho a la salud señaló la Corte: "El derecho a la salud, en los términos de la Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se entiende como el derecho al máximo nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. Lo anterior supone una clara orientación finalista de este derecho, lo que impone la adopción del mismo criterio para efectos de interpretar las disposiciones que regulan la materia. (...) Si se busca garantizar el mayor nivel de salud posible, autorizar un procedimiento implica autorizar los elementos requeridos para realizar el procedimiento, salvo que sea expresamente excluido uno de tales elementos. (...) A esta solución podría oponerse la regla establecida en el artículo 18 literal i) de la misma resolución, conforme a la cual están excluidas las "actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente consideradas en el presente Manual". (...) dicha disposición no prohíbe el suministro de los elementos requeridos para realizar el procedimiento, intervención o actividad, sino que prohíbe actividades, procedimientos e intervenciones no contenidas en el manual."³² (Se resalta).

³⁰ En la sentencia T-941 de 2000 (MP Alejandro Martínez Caballero), la Corte estudió la acción de tutela ejercida contra una IPS, por negarse a suministrar las prótesis ortopédicas requeridas por el actor, para recuperar la función motriz perdida tras la amputación de sus extremidades inferiores. En dicha oportunidad, esta Corporación consideró que el amparo procede no solamente cuando la vida del demandante se encuentre en grave peligro, sino también cuando la vida digna del ciudadano se verá seriamente lesionada. Se planteó, así mismo, el problema hermenéutico respecto de la inclusión o no de las prótesis en el POS. Concluyó el alto Tribunal que las prótesis de extremidades inferiores estaban incluidas en el plan, por cuanto su finalidad es complementar la capacidad física del paciente. En este caso se realizó una aplicación amplia de éste criterio de interpretación.

³¹ Algunos casos en los cuales se ha aplicado este criterio: T-221 de 2004 (MP Eduardo Montealegre Lynett), en la cual se estudiaba el caso de una persona de la tercera edad a quien le habían ordenado un trasplante de Córnea, procedimiento que se encuentra incluido en el POS, para cuya práctica requería un examen de tejido corneal, el cual no se encuentra expresamente incluido, la Corte señaló: "Que el procedimiento de trasplante de córnea esté expresamente incluido, implica que todos los implementos necesarios para su realización también lo están. Por la razón anterior, mal puede decirse que el tejido corneal, imprescindible para la realización de la cirugía puede ser funcionalmente excluido del "procedimiento" como un todo". Ver también Sentencia T-859 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett) y Sentencia T-860 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett). Un grupo de casos importante en la aplicación de éste criterio es el del lente intraocular en la cirugía de cataratas, en muchas ocasiones las EPS han autorizado la cirugía de cataratas pero han negado el lente intraocular, necesario para la misma, por considerar que no se encuentra expresamente incluido en el artículo 12 de la Resolución 5261 de 1994 como una prótesis, sin embargo, en la misma resolución bajo el código 02905 aparece el procedimiento "Extracción catarata más lente intraocular". La Corte ha afirmado que si bien no se encuentra incluido expresamente en el artículo 12, si se incluye en el POS y debe ser por tanto suministrado en aplicación de un criterio finalista, se trata de una prevalencia de las inclusiones particulares sobre las exclusiones generales. Sentencias en las cuales se ha decidido así: Sentencia T-1081 de 2001 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra) T-852 de 2003 (MP Álvaro Tafur Galvis); T-007 de 2004 (MP Marco Gerardo Monroy Cabra). Con todo, hay que reconocer que en algunos casos la Corte ha ordenado el suministro del lente intraocular como si estuviera excluido del POS.

³² Corte Constitucional, sentencia T- 859 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett).

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

(ii) En caso de duda acerca de la exclusión o no de un servicio de salud del POS, debe aplicarse la interpretación que resulte más favorable a la protección de los derechos de la persona, de conformidad con el principio 'pro homine'. En consecuencia, la interpretación de las exclusiones debe ser restrictiva a la vez que la interpretación de las inclusiones debe ser amplia. Al respecto la Corte ha señalado que "si se presentan dudas acerca de si un servicio, elemento o medicamento están excluidos o no del POS, la autoridad respectiva tiene la obligación de decidir aplicando el principio pro homine, esto es, aplicando la interpretación que resulte más favorable a la protección de los derechos de la persona."³³ Por ello, una interpretación expansiva de las exclusiones es incompatible con dicho principio.³⁴ Con idénticos efectos la Corte ha señalado que en los casos de duda acerca de si un servicio médico se encuentra excluido se debe acudir a una interpretación que permita el goce efectivo del derecho. Ha dicho que el "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sujeta el goce de los derechos definidos en ella al principio de progresividad. Ello supone que únicamente cuando se ha incluido, por así requerirlo el derecho en cuestión, la prestación dentro del sistema de salud (en este caso), éste es exigible. Ello podría llevar a pensar que, aún con las imprecisiones antes indicadas, sólo son exigibles aquellas prestaciones definidas por el Estado, pues de esta manera se asegura que el cubrimiento corresponde al nivel de desarrollo y a los recursos existentes. La Corte comparte este argumento, salvo en los casos de duda. En tales eventos, en atención a los principios pro libertatis y de buena fe en el cumplimiento de los tratados, en concordancia con el principio de dignidad humana, debe preferirse la opción que extienda o amplíe el aspecto de goce del derecho fundamental. Visto en sentido contrario, toda restricción a un derecho debe ser expresa y no dejar asomo de duda. Tal es la carga que debe asumir el garante del derecho."³⁵ (...). (Negritillas y subrayas fuera de texto)

Sea del caso indicar al Despacho, que según las normas vigentes, son funciones básicas de las EPS "organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados (artículo 177 de la Ley 100)" y la de "Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad o de eventos de enfermedad..." (Literal b, Artículo 2° del Decreto 1485 de

³³ La Corte Constitucional ha aplicado en numerosas ocasiones el principio pro homine, por ejemplo, como regla interpretativa de la convención internacional se ha señalado que "(...) en caso de conflictos entre distintas normas que consagran o desarrollan estos derechos, el intérprete debe preferir aquella que sea más favorable al goce de los derechos", sentencia C-251 de 1997 (MP Alejandro Martínez Caballero). Ver también Sentencia C-148 de 2005 (MP Álvaro Tafur Galvis) y C-318 de 1998 (MP Carlos Gaviria Díaz).

³⁴ Sentencia T-037 de 2006 (MP Manuel José Cepeda Espinosa), en la cual se estudió en caso de una menor con un déficit del aprendizaje a quien le habían ordenado terapia del lenguaje, psicológica y ocupacional, las cuales fueron negadas por la EPS por considerar que se encontraban excluidas del POS. La Corte analizó el caso y encontró que estas exclusiones no eran absolutas, sino que dependían del cumplimiento de ciertas condiciones que la EPS no había evaluado para negar el servicio y que en el caso concreto no había lugar a la exclusión. La Corte señaló que en aquellos casos en los que la exclusión depende del cumplimiento de unas condiciones la EPS, antes de negar la prestación del servicio, está obligada a evaluar el caso concreto.

³⁵ Sentencia T-859 de 2003 (MP Eduardo Montealegre Lynett)

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

1994); ahora bien, el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 establece que el aseguramiento en salud incluye la administración del riesgo financiero y de salud por lo tanto, y en caso de presentarse la situación en que el pago de estas prestaciones económicas supere el monto de la provisión establecida, las EPS-EOC deberán asumir estos valores con los recursos de la entidad.

Al respecto, la Corte Constitucional a través de la Sentencia T-760 de 2008, precisó que las **Entidades Promotoras de Salud –EPS– en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento (artículo 14, Ley 1122 de 2007)**, lo cual no implica que la EPS asuma exclusivamente los servicios y medicamentos incluidos en el POS, ya que, de acuerdo con la legislación y con lo manifestado por la Corte, el “*aseguramiento en salud*” comprende además (i) la administración del riesgo financiero, (ii) la gestión del riesgo en salud, (iii) la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, (iv) la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y (v) la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores.

De conformidad a lo expuesto, es deber de las EPS garantizar la integralidad en la prestación de los servicios de salud de sus afiliados, entendida esta como el seguimiento a la patología del paciente, teniendo la posibilidad de recuperar los costos en que incurrió al prestar el servicio de salud no incluido en el Plan Obligatorio de Salud POS ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, siempre y cuando la solicitud del reintegro cumpla con todos los requisitos establecidos en la normatividad que regula el procedimiento de recobros.

Respecto a la integralidad el numeral 1° del artículo 5° del Acuerdo 029 de 2011³⁶ de la Comisión de Regulación en Salud – CRES establecía: “...*Integralidad. Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante...*”

En el mismo sentido, el literal A del Anexo Técnico³⁷ de la Resolución 4251 de 2012³⁸ indica:

A. “Principio de Integralidad

Desde la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, se estableció como uno de los principios del servicio público la calidad, descrita como: “El sistema establecerá

³⁶ Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud.

³⁷ Concepto Sobre Tecnologías Cubiertas por el Plan Obligatorio De Salud, para efectos del saneamiento de cuentas por recobros, de conformidad con lo establecido en el artículo 122 del Decreto-Ley 19 de 2012

³⁸ Por la cual se modifica el artículo 4 de la Resolución número 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional. De acuerdo con la reglamentación que expida el Gobierno, las Instituciones Prestadoras deberán estar acreditadas ante las entidades de vigilancia” (subrayado fuera del texto original), por lo tanto, la integralidad de un servicio de salud, se encuentra prevista en el marco de la calidad en la atención, desde ese momento.

El artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 estableció la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, en la organización del aseguramiento: “Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.” (Subrayado fuera del texto original).

Este principio es ratificado por la Ley 1438 de 2011 dentro de la calidad de los servicios, así: “Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica provisto de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.” (Subrayado fuera del texto original).

El 5 de agosto de 1994, el Ministerio de Salud mediante la Resolución número 5261^[1], fijó los criterios para determinar la calidad de la prestación de servicios, caracterizando la integralidad, de esta manera:

*“(…) **Artículo 22. Definiciones para Determinar la Calidad de los Servicios.** Para determinar la calidad en la prestación de los servicios, se establecen las siguientes definiciones:*

a. Calidad de la atención es el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención de salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludables y a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados. Sus características son: oportunidad, agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, seguridad, integralidad e integridad, racionalidad lógico-científica, costoefectividad, eficiencia, humanidad, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de los usuarios. (...)” (subrayado fuera del texto original)

Posteriormente, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) mediante el artículo 9o del Acuerdo número 008 de 2009^[2], precisó de manera explícita la

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

integralidad como un principio general para la definición, actualización, modificación y provisión del POS, de la siguiente manera:

"(...) Principio y enfoque de integralidad de los Planes Obligatorios de Salud. Principio mediante el cual los medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención, necesarios para ejecutar una actividad, procedimiento o intervención de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad, descritos o incluidos en el presente acuerdo, hacen parte y en consecuencia constituyen la integralidad del POS o del POS-S según el caso. (...)" (subrayado fuera del texto original).

De igual forma, el mencionado principio ha sido reiterado por la CRES, en la promulgación del Acuerdo número 029 de 2011^[3], cuyo artículo 5o prevé:

"(...) Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, incluye lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante. (...)" (subrayado fuera del texto original).

El Plan Obligatorio de Salud está conformado por tecnologías en salud explícitas a través de listados, e implícitas en cumplimiento del principio de integralidad como componente de la calidad. En este sentido, el alcance previsto en el principio de integralidad de forma general, en lo relacionado con las coberturas del Plan Obligatorio de Salud, hace referencia a:

1. Cobertura en salud explícita. *El Plan Obligatorio de Salud, obedeciendo a los mandatos de la Ley 100 de 1993, siempre ha estado conformado por un esquema de racionamiento explícito ^[4], mediante listados y descripciones de tecnologías en salud:*

- Actividades*
- Intervenciones*
- Procedimientos*
- Servicios en los ámbitos de urgencia, ambulatorio, hospitalario y domiciliario*
- Medicamentos que incluyen medios de contraste.*

Por tanto, son cobertura del Plan Obligatorio de Salud en el esquema de racionamiento explícito, únicamente aquellas tecnologías en salud que estén descritas en los listados vigentes para la fecha de prestación del servicio.

En consecuencia, están incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud las tecnologías en salud duras y blandas, cuando son necesarias e insustituibles para cumplir con calidad la finalidad de una tecnología en salud listada explícitamente en el plan.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

3. Consideración general. La prestación debe ser garantizada por las EPS en forma completa y oportuna, en cuanto a que la garantía de acceso efectivo al servicio implica la disposición de todos los recursos necesarios de conformidad con las normas de habilitación vigentes, pues no existe una disposición legal en el SGSSS que señale, o admita, la cobertura parcial o limitada de recursos necesarios para la realización de los contenidos del POS. Teniendo en cuenta lo anterior, los contenidos implícitos y explícitos se cubren independientemente de su costo, marca, forma de producción, tipo de material, composición del mismo, u origen (nacional o importado).

Se reitera que la relación y codificación de actividades, intervenciones y procedimientos, contenidas en la Resolución 5261 de 1994, fue creado con el propósito que sea utilizado en el Sistema de Seguridad Social en Salud, para garantizar el acceso a los contenidos específicos del Plan Obligatorio de Salud, la calidad de los servicios y el uso racional de los mismos, con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro de la Seguridad Social en Salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia.

- **DE LOS REQUISITOS NORMATIVOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECOBROS**

En relación con los requisitos establecidos en la normatividad para la presentación y pago de los recobros, es necesario precisar que si bien es cierto el derecho a recobrar está consagrado en la normatividad vigente, también lo es que esa misma normatividad establece los requisitos que deben cumplir las solicitudes. Respecto de las resoluciones que reglamentan el tema de los requisitos que deben cumplir los recobros para ser presentados, el Consejo de Estado Sala de lo Contencioso Administrativo Sección Tercera dentro de la acción popular 25000-23-25-000-2005-00355-01 Consejero Ponente Enrique Gil Botero de febrero 21 de 2007, manifestó:

"Sobre las imputaciones de corrupción, derivadas de una supuesta tramitomanía y, por ende, de la violación al decreto 2150 de 1995, concluyó que son inaceptables, porque un argumento en tal sentido debió ser denunciado ante las autoridades respectivas. Para reforzar el planteamiento indicó:

"Debe precisarse, en todo caso, que la circunstancia de haberse expedido el decreto 2150 de 1995, en nada impide la fijación de las condiciones y requisitos que acorde con la ley resulten indispensables, más aún si se trata de reconocimientos de carácter económico que se financian con recursos de la seguridad social y que por lo tanto deben estar salvaguardados en cuanto a su correcta destinación, con mayor razón si se tiene en cuenta que las regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios que se suprimen y/o reformaron, fueron los expresamente dispuestos en el precitado decreto ley y en ninguna parte del mismo se dispuso la supresión de trámites y

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

procedimientos relativos al reconocimiento de prestaciones económicas y obligaciones propias de la seguridad social como para pensar que no resulte procedente establecer las condiciones indispensables para el pago en debida forma de este tipo de obligaciones como lo hace la resolución 3797 de 2004" (fl. 174 cdno. 1)

En este orden de ideas, el Ministerio, en ejercicio de su facultades legales y en procura de mantener la incolumidad de los recursos públicos de la salud, establece los requisitos que deben cumplir las solicitudes de recobro que se presentan ante el Ente Auditor; pues con arreglo a lo expresado por el Consejo de Estado en la jurisprudencia citada, tratándose de reconocimientos económicos con cargo a recursos públicos, indispensablemente deben existir condiciones y requisitos para acceder a los mismos, máxime tratándose de recursos de la seguridad social en salud.

Por lo expuesto, es claro que el no pago a las entidades demandantes de los recobros que son objeto de las presentes diligencias, no obedece a una decisión "arbitraria"; sino por el contrario a la aplicación de preceptos legales que como ya se dijo, en donde se consagran tanto los requisitos que deben cumplir los recobros, como las glosas a aplicar en caso de que no se cumplan las condiciones para el reconcomiendo.

Al respecto, cabe informar al despacho que a partir de la entrada en vigencia de la Resolución 3615 de 2005 y con corte a diciembre de 2011, se han realizado pagos a las entidades recobrantes por concepto de prestaciones no incluidas en el POS, por valor de **SIETE BILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TRES MILLONES TREINTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS CON SETENTA Y OCHO CENTAVOS \$7.693.003.035.647,78**, lo cual indica que no se ha coartado su derecho a recobrar y que, cuando lo recobrado tiene sustento legal, médico y económico, y las cuentas presentadas por las entidades cumplen con los requisitos establecidos en la normatividad, son objeto de reconocimiento y pago con cargo a los recursos del FOSYGA.

- **Normatividad, circulares y sentencias sobre el tema de recobros**

A continuación, se relacionan algunos de los actos administrativos que en el tiempo se han ocupado de regular el procedimiento de los recobros y en general de las reglas del SGSSS:

- Leyes:

- Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral 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 y se dictan otras disposiciones,
- Ley 1393 de 2010. Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud,

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan 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 1450 de 2011: Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014
- 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 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 2312 de 1998 – Por la cual se modifica el artículo 1o. de la Resolución 5061 de 1997, y se reglamenta el recobro de medicamentos autorizados por los Comités Técnico-Científicos de las EPS, ARS y entidades adaptadas.
- Resolución 2948 de 2003 - Por la cual se subrogan las Resoluciones 05061 de 1997 y 02312 de 1998 y se dictan otras disposiciones para la autorización y el recobro ante el Fosyga de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de CNSSS³⁹ autorizados por el Comité Técnico Científico.
- Resolución 3797 de 2004⁴⁰ – Por la cual se subrogan las Resoluciones 05061 de 1997 y 02312 de 1998 y se dictan otras disposiciones para la autorización y el recobro ante el Fosyga de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de CNSSS autorizados por el Comité Técnico Científico.
- Resolución 2933 de 2006⁴¹ - Por la cual se subrogan las Resoluciones 05061 de 1997 y 02312 de 1998 y se dictan otras disposiciones para la autorización y el recobro ante el Fosyga de medicamentos no incluidos en el Acuerdo 228 de CNSSS autorizados por el Comité Técnico Científico.
- Resolución 3099 de 2008⁴² – 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.

³⁹ Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

⁴⁰ Diario Oficial 45.738 de 20 de noviembre de 2004.

⁴¹ Diario Oficial No 46.377 de 31 de agosto de 2006

⁴² Diario Oficial 47.088 de agosto 21 de 2008.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

- Resolución 3754 de 2008. Por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 3099 de 2008.
- Resolución 4377 de 2010: Por la cual se modifican las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008.
- Resolución 548 de 2010: Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos, se establece el procedimiento de radicación, reconocimiento y pago de recobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga – y se dictan otras disposiciones aplicables durante el período de transición de que trata el artículo 19 del Decreto Legislativo 128 de 2010. (Emergencia Social)
- Resolución 5229 de 2010: Por la cual se establecen unos valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.
- Resolución 005 de 2011: Por la cual se modifica el Artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010, con relación a los valores máximos de veinte principios activos objeto de recobro ante el Fosyga.
- Resolución 1020 de 2011: por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010, modificado por el artículo 1° de la Resolución 0005 de 2011.
- Resolución 1089 de 2011: Por la cual se modifica la Resolución 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones 3754 de 2008 y 4377 de 2010.
- Resolución 1383 de 2011: Por la cual se modifica el artículo 6° de la Resolución 1089 de 2011.
- Resolución 1275 de 2011: Por la cual se establece una medida de pago dentro del procedimiento de recobro para garantizar el flujo oportuno de recursos a las Entidades Promotoras de Salud.
- Resolución 1697 de 2011: por la cual se modifica parcialmente la tabla contenida en el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010 modificada por el artículo 1° de la Resolución 005 de 2011 y el artículo 1° de la Resolución 1020 de 2011.
- Resolución 2064 de 2011: Por medio de la cual, se modifica la Resolución 3099 de 2008, en lo que tiene que ver con causales de pago por un valor diferente al solicitado y causales de inconsistencia en las solicitudes de recobro.
- Resolución 3470 de 2011: Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA.
- Resolución 4316 de 2011. Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)
- Resolución 4427 de 2011: Por la cual se modifica la Resolución 1275 de 2011.
- Resolución 4752 de 2011: Por medio de la cual se modifica la Resolución 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones 3754, 5033 e 2008, 4377 de 2010 y 1089, 1383, 2064 y 2256 de 2011
- Resolución 4475 de 2011: Por la cual se dictan disposiciones para la radicación de las reclamaciones ECAT y de los recobros por beneficios extraordinarios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, presentados al Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga durante el mes de octubre de 2011.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

- Resolución 5161 de 2011: Por la cual se dictan disposiciones para las radicaciones de reclamaciones ECAT y de los recobros por beneficios extraordinarios no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, que deban presentarse ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA durante los meses de octubre y noviembre de 2011.
- Resolución 20 de 2011: Por la cual se modifica la Resolución 1089 de 2011, modificada por la Resolución 1383 de 2011.
- 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 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 de la Comisión de Regulación de Salud - CRES**

- Acuerdo 008 de 2009 de 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 CRES: Por el cual se corrigen algunos yerros en el Acuerdo 008 de 2009.
- Acuerdo 025 de 2011 de 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.

- **Circulares**

- Circular 04 de 2010: Por el cual se establecen valores máximos de recobro a unos medicamentos.
- Circular 01 de 2011: a través de la cual el Ministro de Salud y Protección Social relacionadas con la ampliación del plazo previsto para el cumplimiento de los requisitos previstos en los artículos 1 y 2 de la Resolución 1089 de 2011.
- Circular 001 de 2007 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos: Por la cual se modifican los artículos 11, 22 y 24, se deroga el artículo 23 de la Circular No 04 de 2006 y se dictan otras disposiciones.

- **Sentencias**

- Sentencia C-463 de 2008
- Sentencia T-760 de 2008

- **EL PRINCIPIO DE LEGALIDAD DEL GASTO PÚBLICO APLICABLE Y DE LA BUENA FE EN LA EJECUCIÓN DE LOS RECURSOS**

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

El procedimiento de recobros y en general los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra sujeto a las reglas y principios del sistema presupuestal, entre otros, el principio de legalidad del gasto público, según el cual, no podrán autorizarse gastos que no corresponden a obligaciones judicialmente reconocidos, habida cuenta que los recursos del SGSS no pueden destinarse ni utilizarse para fines distintos y respecto de los cuales conforme a lo indicado en el Decreto Ley 1281 de 2002, deben protegerse con el único objeto de evitar pagos de lo no debido.

Por ser aplicable a la materia objeto del presente debate, es pertinente citar lo expresado por la Honorable Corte Constitucional en la Sentencia C-428 de 2002, Magistrado Ponente Rodrigo Escobar Gil, en la cual frente a las cargas que las citadas disposiciones imponen a los particulares para el cumplimiento de las sentencias, determinó entre otras cosas, lo siguiente:

(...)

“4.2.1. En torno al tema de la responsabilidad patrimonial del Estado, cabe precisar que los artículos 345 y 346 de la Constitución Política, relativos al presupuesto, consagran lo que la doctrina y la jurisprudencia han llamado el principio de legalidad del gasto público, en virtud del cual, el recaudo y aplicación de los dineros estatales deben manejarse de conformidad con reglas y procedimientos predeterminados y contables, de manera que, para que una erogación pueda ser efectivamente realizada, tiene que haber sido previamente decretada por ley, ordenanza o acuerdo, e incluida dentro del respectivo presupuesto⁴³.

Ciertamente, conforme lo determinan en su orden las disposiciones superiores antes citadas, no se podrán hacer erogaciones con cargo al tesoro que no se encuentren previstas en el presupuesto de gastos y no hayan sido aprobadas por el Congreso, las asambleas departamentales y los consejos municipales, ni incluir partida alguna en la ley de apropiaciones que no corresponda a un crédito judicialmente reconocido, a un gasto decretado conforme a una la ley anterior, a uno propuesto por el gobierno para atender el funcionamiento de las ramas del poder público, el servicio de la deuda, o a dar cumplimiento al plan nacional de desarrollo. Sobre la importancia de este principio en el manejo del gasto público, ha dicho la jurisprudencia constitucional que:

“El proceso presupuestal que rige para el conjunto de las entidades públicas se inspira en el principio de legalidad, de profunda raigambre democrática, en cuya virtud se reserva a un órgano de representación popular la decisión final sobre el universo de los egresos e ingresos estatales. (Sentencia C-553/93, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz).

4.2.2. En relación con el alcance del principio de legalidad, también la Corte ha venido señalando que el mismo “constituye uno de los fundamentos más importantes de las

⁴³ Cfr., entre otras, las Sentencias C-553/93, C-685/96 y C-197/2001.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

democracias constitucionales”⁴⁴, ya que se erige en un mecanismo de control político de los órganos de representación popular sobre el ejecutivo en materia presupuestal; de manera que, “si bien al ejecutivo [en sus distintos niveles] corresponde presentar anualmente el proyecto de ley anual de presupuesto, y ejecutarlo, la aprobación por parte del Congreso [y demás organismos de representación popular] de las rentas y gastos que habrán de percibirse y ejecutarse, tiene el alcance de limitar las facultades gubernamentales en materia presupuestal y asegurar la correspondencia de su ejercicio con los objetivos de planificación concertados en el Congreso, que por su conformación pluralista permite la expresión de las diferentes corrientes de pensamiento e intereses nacionales.”⁴⁵

4.2.3. En los términos precedentes, no sobra advertir, para lo que interesa resolver en este asunto, que la responsabilidad patrimonial del Estado, derivada del reconocimiento de créditos judiciales en su contra, está entonces sometida al principio de legalidad del gasto público, por lo que la ejecución y cumplimiento de tales créditos debe cumplirse siempre en el marco del proceso presupuestal diseñado para el efecto, y en los términos definidos por la ley.” (...)

En virtud de lo consagrado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, que hace primar en el cumplimiento de las sentencias el principio de legalidad del gasto, y conforme al cual los particulares beneficiarios de las mismas, correlativamente deben cumplir unos requisitos, no puede la Entidad sustraerse al cumplimiento de las normas que regulan la ejecución de las sentencias, habida cuenta que su cumplimiento exige la sujeción al proceso presupuestal y como tal, la programación, adición y consecuente ordenación del gasto.

Con mayor razón si se tiene en cuenta que cualquier clase de reclamación que deba satisfacerse o financiarse con cargo a los recursos debe someterse al procedimiento legal que permita auditarla, verificarla y determinar la procedencia de su pago con el fin de garantizar la correcta y específica destinación de los recursos de la seguridad social.

De otra parte, para su ejecución, una vez surtido el trámite de auditoría, exige la ordenación del gasto por parte de la Entidad, pues no es un proceso automático, la ordenación del gasto se encuentra regulada en la Ley Orgánica Presupuestal.

Así, mismo tratándose del cumplimiento de sentencias judiciales en las que se debate el tema de recursos públicos, respecto de la buena fe que a su vez deriva del principio de legalidad del gasto público, la Honorable Corte Constitucional en la precitada sentencia que se reitera aplica al presente debate, ha considerado que la buena fe se predica tanto de la administración como de los particulares y se ha entendido como “*el deber moral y jurídico de ceñir sus actuaciones a los postulados que la orientan -lealtad y honestidad-*”, tanto en el

⁴⁴ Sentencia C-685/96, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

⁴⁵ Sentencia C-442/2001, M.P. Alejandro Martínez Caballero.

b). Radicación: La firma responsable de la Auditoría Integral, realiza la recepción, validación, preparación y digitalización de los soportes del recobro por servicios o tecnologías en salud NO POS, presentados por las entidades recobrantes, de acuerdo con las fechas señaladas por la normativa vigente.

c). Auditoría Integral Médica, Jurídica y Financiera: La firma responsable de la Auditoría Integral, realiza un proceso mediante el cual verifica el cumplimiento de los requisitos exigidos por la normativa vigente tales como: revisión del acta del CTC; validación de la factura; verificación de la cobertura del plan de beneficios vigente para las fechas de prestación del servicio; identificación de los valores recobrados y cruces de información con distintas bases de datos. Cuando se trata de servicios o tecnologías en salud ordenados mediante fallos de tutela, la auditoría jurídica verifica adicionalmente aspectos como: la información contenida en el fallo y la coherencia entre lo recobrado y lo ordenado.

Es de señalar que a la fecha la UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014 en virtud del Contrato de Consultoría, ejerce auditoría de recobros NO POS y reclamaciones ECAT, en el cual determina la procedencia o no del pago de las reclamaciones y si el mismo no procede, obedece a la imposición de la glosa que para el efecto atribuye el resultado de la auditoría, atendiendo a las normas o resoluciones expedidas sobre la materia de recobros aplicables en el trámite de auditoría integral.

V. DE LOS ARGUMENTOS DE DEFENSA

• DE LOS RECOBROS OBJETO DE LITIS

De acuerdo a la información suministrada por la Dirección de Tecnologías, se encuentra el universo de recobros relacionando las causales de rechazo, devolución, aprobación condicionada, valor diferente al solicitado e inconsistencias de las solicitudes de recobro presentadas por concepto de medicamentos autorizados por el Comité Técnico Científico y originados en fallo de tutela.

De acuerdo con la glosa aplicada a los recobros objeto de Litis en su mayoría obedecen a la glosa "1-03 los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el fosyga", se tiene que los servicios recobrados por la EPS demandante, ya se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, razón por la cual, de ser pagados se estaría incurriendo en un pago de lo no debido, o un pago doble.

Sobre la cantidad de recobros, es de señalar que en el escrito de la demanda hace referencia a los 18 recobros y las razones que imponen la glosa se encuentra en las hojas denominadas "Glosas" en el archivo de Excel que contiene el CD adjunto.

- Contrato de Consultoría N° 055 de 2011 para la Auditoría de Recobros NO POS y Reclamaciones ECAT, suscrito con la Unión Temporal Nuevo FOSYGA.

Este contrato fue el resultado del Concurso de Méritos Abierto CMA-05-2011, realizado para contratar la firma auditora de los recobros y reclamaciones radicadas ante el FOSYGA, en el cual el Ministerio adjudicó el proceso a la Unión Temporal Nuevo FOSYGA y suscribió el Contrato 055 de 2011, cuyo objeto es: *“Realizar la auditoría en salud, jurídica y financiera de las reclamaciones por los beneficios con cargo a la Subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT y las solicitudes de recobro por beneficios extraordinarios no incluidos en el plan general de beneficios explícitos, ordenados por los Comités Técnico Científicos de las EPS, las Juntas Técnicas Científicas de Pares, la Superintendencia Nacional de Salud o los jueces, de acuerdo con lo establecido en la ley 1438 de 2011, artículos 26, 27 y 126. Igualmente deberá auditar los recobros y reclamaciones que se presenten con fundamento en disposiciones legales anteriores aplicando las normas pertinentes para cada caso.”*

- **CONTRATO DE CONSULTORÍA N° 0043 DE 2013 PARA LA AUDITORÍA DE RECOBROS NO POS Y RECLAMACIONES ECAT, SUSCRITO CON LA UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014.**

Este contrato fue el resultado del Concurso de Méritos Abierto CMA-DAFPS-N° 001 de 2013, realizado para contratar la firma auditora de los recobros y reclamaciones radicadas ante el FOSYGA, en el cual el Ministerio adjudicó el proceso a la Unión Temporal FOSYGA 2014 y suscribió el Contrato 0043 de 2013, cuyo objeto es: *“Realizar la auditoría en salud, jurídica y financiera a las solicitudes de recobro por beneficios extraordinarios no incluidos en el plan general de beneficios y a las reclamaciones por eventos catastróficos y accidentes de tránsito – ECAT con cargo a los recursos de las Subcuentas correspondientes del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA del Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

Adicionalmente, el proceso para el reconocimiento y pago de recobros y reclamaciones de las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios autorizados por el Comité Técnico – Científico u ordenados por fallos de tutela y radicadas ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, se encuentra reglamentado por las sendas resoluciones que evidencian la traza que debe realizar el recobro y/o la reclamación ante el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, para que se efectúe su reconocimiento y pago.

Dicho proceso, se desarrolla conforme a las siguientes actividades:

- a). Verificación y actualización de datos: El Administrador Fiduciario del FOSYGA y la firma responsable de la Auditoría Integral de los recobros, deben verificar y actualizar los datos de las entidades recobrantes solicitados como requisito para la radicación de los recobros.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social celebró en el año 2011 los contratos que se detallan a continuación:

- Contrato de Encargo Fiduciario N° 242 de 2005 para la Administración Fiduciaria de los Recursos del FOSYGA, suscrito con el CONSORCIO FIDUFOSYGA 2005.

Este contrato fue el resultado la Licitación N.º MSP-07-2005, realizado para contratar la administración fiduciaria de los recursos del FOSYGA por medio del cual, el Ministerio adjudicó la licitación al Consorcio FIDUFOSYGA 2005 y suscribió el Contrato de Encargo Fiduciario N° 242 de 2005, cuyo objeto es: *"... el recaudo, administración y pago por parte de EL CONSORCIO de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA - del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos establecidos en la Ley 100 de 1993, en especial en los artículos 167, 205 y 218 a 224 de la Ley 100 de 1993, los Decretos 1283 de 1996, 1281 de 2002, 050 de 2003, 2280 y 3260 de 2004, lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y demás normas y reglamentos que las complementen, adicionen, modifiquen o sustituyan y cumpliendo con las exigencias técnicas, jurídicas y económicas definidas en el Pliego de Condiciones. Para el desarrollo del objeto contractual, EL CONSORCIO deberá recaudar, asegurar, administrar, e invertir los recursos del FOSYGA, y presentar los informes sobre el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en los términos y plazos señalados e las normas legales, las instrucciones y directrices señaladas por el MINISTERIO, en el pliego de condiciones y adendos 1, 2, 3 y 4, en el presente contrato y en su oferta de fecha 5 de octubre de 2005."*

- Contrato de Encargo Fiduciario N° 467 de 2011 para la Administración Fiduciaria de los Recursos del FOSYGA, suscrito con el CONSORCIO SAYP 2011.

Este contrato fue el resultado del Proceso de Selección Abreviada de Menor Cuantía SAMC-04-2011, realizado para contratar la administración fiduciaria de los recursos del FOSYGA por medio del cual, el Ministerio adjudicó el proceso al Consorcio SAYP 2011 y suscribió el Contrato 467 de 2011, cuyo objeto es: *"EL CONSORCIO se compromete a realizar el recaudo, administración y pago de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA – del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los términos establecidos en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011, en especial en los artículos 167, 205 y 218 a 224 de la Ley 100 de 1993, los Decretos 1283 de 1996, 1281 de 2002, 050 de 2003, 2280 de 2004, 3990 de 2007, lo señalado por la Comisión de Regulación en Salud y el Ministerio de la Protección Social o quien haga sus veces, y demás normas y reglamentos que las complementen, adicionen, modifiquen o sustituyan, que cumpla con las exigencias técnicas, jurídicas y económicas definidas en el Pliego de Condiciones y en la propuesta presentada por el contratista."*

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

La entidad contratada para realizar la auditoría a los recobros, efectuaba una auditoría integral de conformidad con la normatividad vigente al momento de la presentación del recobro y si es del caso, envía el resultado a una auditoría externa del FOSYGA, quién efectúa una evaluación selectiva por muestreo de cada paquete que conforma y si procede, posteriormente se envía al Ministerio de Salud y Protección Social para la correspondiente ordenación de gasto y autorización de giro.

Por otra parte, es oportuno reiterar que la presentación de un recobro no configura derechos, en tanto es una mera expectativa; toda vez que los recobros, se presentan mediante el diligenciamiento de un formulario, el cual debe estar soportado con los documentos exigidos para tal fin, cumpliendo la normatividad vigente, para con ello continuar con el trámite legal establecido.

• DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS PARA EL MANEJO DE LOS RECURSOS

En desarrollo de lo establecido en el artículo 218 de la Ley 100 de 1993, así como en el Decreto 1283 de 1996 el Ministerio de Salud, el Ministerio desde el año 1995, ha suscrito diversos contratos para la administración de los recursos del referido Fondo, así como para el trámite de la auditoría integral de recobros y /o reclamaciones, así:

1. Consorcio FOSGA, período 1995-1997
2. Consorcio FIDUSALUD, período 1997-2000
3. Consorcio FISCALUD, período 2000-2005
4. Consorcio FIDUFOSYGA 2005, periodo 2005-2011.
5. Consorcio SAYP 2011, periodo 2011-2016
6. Unión Temporal Nuevo FOSYGA 2011 – 2014

Los contratos relacionados en los numerales 3 y 4 tuvieron como particularidad, en su esquema operativo, el desarrollo del objeto del Fondo; es decir, integrando las actividades de administración fiduciaria de recursos (recaudo, administración y pago), con el desarrollo y mantenimiento del software requerido para operar el Fondo y con las actividades propias de auditoría médica, económica y jurídica de los recobros presentados al FOSYGA por concepto de actas de Comité Técnico Científico-CTC o fallos de tutela y de reclamaciones presentadas con cargo a los recursos de la subcuenta ECAT.

En el año 2011, el Ministerio consideró conveniente separar la contratación de la administración fiduciaria y del sistema de información del FOSYGA, de las actividades de Auditoría Integral de los recobros y reclamaciones radicadas ante el mismo Fondo, buscando que, en los dos casos, dichas actividades fueran desarrolladas por entidades que contaran con la experiencia especializada, de un lado, en el manejo Fiduciario y, del otro, en procesos de auditoría de recobros y reclamaciones.

adoptar todos los mecanismos a su alcance y proponer al Ministerio de Salud y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud los que considere indispensables para proteger debidamente los recursos del Fosyga, con el fin de evitar fraudes y pagos indebidos.

En los trámites de cobro o reclamación ante el Fosyga no se aceptarán intermediarios, salvo los casos de poder debidamente otorgado y reconocido a profesionales del derecho.

Los giros o pagos siempre se efectuarán directamente al beneficiario debidamente identificado, localizado y, en lo posible, a través de cuentas a nombre de éstos en entidades vigiladas por el Superintendencia Bancaria.

En los trámites de cobro o reclamación ante el Fosyga sólo se aceptarán fotocopias como soporte, cuando no sea posible aportar el original y la simple fotocopia no genere duda sobre la veracidad de los hechos a ser demostrados con ella.

Las compañías de seguros que cuenten con el ramo de seguro obligatorio de accidentes de tránsito, SOAT, reportarán de manera permanente la información requerida por el administrador fiduciario del Fosyga en los términos y condiciones que establezca el Ministerio de Salud. Igualmente, cuando una reclamación deba ser asumida por la compañía aseguradora y por la subcuenta ECAT del Fosyga, el administrador fiduciario del Fosyga tramitará el pago que le corresponda al fondo una vez demostrado el reconocimiento de la parte correspondiente a la aseguradora.”

De otra parte, el establecimiento de las condiciones para el recobro, no obedecen a otra finalidad que la de estandarizar un mínimo de requisitos con los cuales se pueden determinar características que le den viabilidad al recobro como la obligación de pago, su pertinencia y otra serie de aspectos que permiten dar concepto favorable de auditoría, que no afecte los recursos del sistema haciendo pagos indebidos.

El ente auditor del FOSYGA al momento de la radicación de los recobros objeto de la presente demanda, estaba facultado para recibir, radicar y tramitar, los documentos soporte de los recobros presentados, con cargo a los recursos de las Subcuentas de Compensación y Solidaridad del FOSYGA, bajo la normatividad vigente a la fecha de cada presentación, las instrucciones que imparte el Ministerio de Salud y Protección Social y lo contemplado en los respectivos contratos celebrados con el Ministerio, así como en el manual de operación del FOSYGA y en lo establecido en el artículo 6° del Decreto 1283 de 1996, donde se precisaba que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, luego la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y hoy en día la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud actuará como Consejo Administrador del FOSYGA.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

ejercicio de sus derechos como en el cumplimiento de sus obligaciones, indicando sobre el particular:

(...)

“5.3.6. Por lo demás, en punto a la presunta violación de los principios de la buena fe y la autonomía e independencia judicial, no resultan válidos los cuestionamientos que se aducen en la demanda. En relación con lo primero, por cuanto se ha sostenido hasta la saciedad que el contenido normativo del inciso acusado persigue un fin legítimo amparado por la Constitución, como es la defensa del patrimonio público y del interés de la comunidad, y que frente al particular la colaboración exigida además de propender también por su propio beneficio, lo que exige de éste es una actitud diligente, honesta y leal a la cual está obligado, incluso, por el mismo principio de la buena fe.

La buena fe, lo ha dicho esta Corporación, constituye un principio general de derecho a través del cual se integra el ordenamiento jurídico con el valor ético de la mutua confianza, de manera que sea ésta la regla de conducta a la que deben acogerse en forma recíproca los sujetos de una relación jurídica, no solo en el ejercicio de sus derechos sino también en el cumplimiento de sus obligaciones. En este sentido, la buena fe, como fuente de derechos y obligaciones, le impone tanto a las autoridades públicas como a los particulares, “el deber moral y jurídico de ceñir sus actuaciones a los postulados que la orientan -lealtad y honestidad-”⁴⁶, siendo precisamente este objetivo el que se persigue con la previsión dispuesta en la norma impugnada: despertar en el particular beneficiario de una condena judicial, el sentido de colaboración frente a la administración pública.” (...)

Este principio no puede observarse en forma aislada a la naturaleza de los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se reitera son públicos, y que en virtud de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia son de destinación específica, ni de la especial protección que respecto de los mismos ordena el Decreto Ley 1281 de 2002, que imponen en el trámite de reconocimiento de los recobros el despliegue de la actividad de auditoría. Veamos por qué:

El Decreto Ley 1281 de 2002 contiene normas dirigidas precisamente a garantizar que los reconocimientos a que hubiere lugar con cargo a los recursos, sean tramitados en debida forma, con la documentación e información soporte y en general previo el cumplimiento de unas condiciones específicas tendientes a evitar fraudes y pagos indebidos, y lo consagra en los siguientes términos:

ARTÍCULO 15. PROTECCIÓN DE LOS RECURSOS DEL FOSYGA. Sin perjuicio de las directrices que impartan el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, corresponde al administrador fiduciario del Fosyga

⁴⁶ Sentencia C-892/2001.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

Con ocasión de la supresión de la Comisión Reguladora de la Salud –CRES, el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de las competencias que le confirió el Decreto 2560 de 2012 expidió la Resolución 5521 de 2013, cuyo artículo 41⁶³ reitera la cobertura de los medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios se encuentra determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 01 de la Resolución.

Luego, tratándose de cobertura de medicamentos la Resolución 5592 de 2015 mediante la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS) se dictan otras disposiciones, en su artículo 39 continua indicando las condiciones para la cobertura, siendo estas, principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 1 que hace parte integral de ese acto administrativo cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en el mismo anexo. Agrega que los medicamentos descritos en el Anexo, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las EPS o las entidades que hagan sus veces.

Actualmente, la Resolución 6408 de 2016, la cual deroga la resolución antes mencionada, estipula en su artículo 38, lo siguiente:

“La cobertura de un medicamento en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC está determinada por las siguientes condiciones: principio activo, concentración, forma farmacéutica y uso específico en los casos en que se encuentre descrito en el listado de medicamentos del Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo. Para la cobertura deben coincidir todas estas condiciones según como se encuentren descritas en el listado.

Los medicamentos descritos en el Anexo 1, al igual que otros que también se consideren con cargo a la UPC, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 134 de la presente resolución, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por las Entidades Promotoras de Salud –EPS o las entidades que hagan sus veces. Para efectos de facilitar la aplicación de este acto administrativo y a título de ejemplo se presenta en el artículo 42 del presente acto administrativo la clasificación de formas farmacéuticas, vía de administración, estado y forma de liberación del principio activo, para que sean tenidas en cuenta en las coberturas definidas en el listado de

⁶³ **Artículo 41** (...) Los medicamentos descritos en el Anexo 01 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y por lo tanto, deben ser garantizados de manera efectiva y oportuna por la Entidad Promotora de Salud.
PARÁGRAFO 1o. Los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, están cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud, cualquiera que sea el origen, la forma de fabricación o el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en el mismo anexo.
PARÁGRAFO 2o. En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado del Plan Obligatorio de Salud, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.

Por otra parte, se hace necesario señalar que generalmente la EPS presentan recobros por suministros que se encuentran cubiertos por los Planes de Beneficios, basados por ejemplo en sentencias de tutelas, cuyas prestaciones han sido negadas por las entidades, haciendo incurrir a sus afiliados en acción judicial (fallo de tutela), cuando en primera instancia se debió haber prestado el servicio, pues constituía su obligación principal.

De lo expuesto, se evidencia que las prestaciones de servicios o tecnologías en salud cuyo pago pretende obtener la entidad recobrante ante la jurisdicción están incluidos en el Plan de Beneficios en Salud vigente para la época de la prestación y por lo tanto no hay lugar a la procedencia de sus pretensiones, ya que no se encuentra la existencia de obligación alguna, ya que como se ha indicado, para que se efectúe el pago de los recobros con cargo a los recursos de la Entidad, estos deben i) haber surtido y cumplido con el trámite dispuesto en la normatividad sobre el tema y ii) no haber sido reconocidos a través de la UPC, lo cual aconteció en este caso y dio lugar a la imposición de las referidas glosas.

- COBERTURA DE MEDICAMENTOS

En lo que respecta a la cobertura de medicamentos, es preciso indicar que su alcance se ha establecido de forma expresa en las distintas normas que determinan el contenido del Plan de Beneficios garantizado por la EPS o EOC a sus afiliados.

En este sentido la Resolución 5261 de 1994 en su artículo 13 establecía la formulación y despacho de medicamentos de conformidad al Manual de Medicamentos y Terapéutica, señalando que la prescripción debía hacer referencia al medicamento en su forma genérica, presentación, concentración del principio activo, vía de administración y la dosis respuesta máxima permitida.

A su vez, el Acuerdo 008 de 2009 en sus artículos 13⁶¹ y 14⁶² trajo a colación el principio de integralidad del Plan de Beneficios y delimitó la cobertura de medicamentos a los incluidos en dicho acuerdo, de acuerdo a su **principio activo, forma farmacéutica y concentración**, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca), tal como se colige de la lectura del artículo 38 del referido acuerdo.

Por otra parte, el Acuerdo 029 de 2011 estableció en su artículo 29 los principios activos y medicamentos señalados que deben ser entregados por la Entidad Promotora de Salud, indicando que se entienden incluidos los contemplados en el Anexo 01 del acuerdo.

61 *Artículo 13. Cobertura integral. En cumplimiento de los principios de integralidad y territorialidad descritos en el artículo 5º del presente acuerdo, El Plan Obligatorio de Salud en el Régimen Contributivo y en el Régimen Subsidiado cubre, de acuerdo con las condiciones de cada régimen, las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos y tecnología en salud contenidas en el presente Acuerdo, y realizadas con fines de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico y/o tratamiento y de rehabilitación, en condiciones de tecnología media en salud acorde con lo previsto en la Ley 100 de 1993, o las normas que la sustituyan, modifiquen o complementen.*

62 *Artículo 14. Cobertura de insumos, suministros y materiales. En el caso de los listados de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos, definidos en el presente acuerdo, la inclusión en el POS y POS-S se limita a los descritos en el mismo, en consecuencia, conduce a la no inclusión o exclusión de los que no se describen en el listado respectivo, salvo expresión en contrario de acuerdo con lo definido en cada listado. En los casos de no existir listado, las EPS deben garantizar los insumos, suministros y materiales, sin excepción, necesarios para todas y cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones cubiertos en el presente acuerdo, salvo excepción expresa para el procedimiento en el mismo acuerdo.*

Sea del caso indicar que para determinar el valor de la UPC⁵⁶, se tienen en cuenta la cantidad de actividades, procedimientos o intervenciones cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud llevados a cabo por las EPS anualmente, así como también el número de afiliados, su grupo etario, el tipo de afiliación, la zona geográfica en donde se ubican, el código de diagnóstico principal o el código del medicamento⁵⁷, entre otros.

Por otra parte, es necesario señalar que el reconocimiento de las UPC a las EPS se realiza a través del proceso compensación⁵⁸ en el Régimen Contributivo y del giro directo por concepto de Liquidación Mensual de Afiliados – LMA⁵⁹ en el Régimen Subsidiado de salud.

Así pues, la garantía del acceso efectivo y de la calidad en la prestación de los servicios, tecnologías y medicamentos incluidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, le compete a las EPS, las cuales los prestan directamente o contratan los servicios de salud con instituciones prestadoras y profesionales de la salud que para ello requieran⁶⁰, en desarrollo de la función indelegable de aseguramiento que recae sobre estas de conformidad con el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, el cual establece que les corresponde la administración del riesgo financiero y la gestión del riesgo en salud.

Adicionalmente, en relación a la función que le asiste a las EPS de garantizar la prestación del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, es oportuno indicar que la Corte Constitucional mediante Sentencia SU-480 de 1997 *“hizo un examen de la estructura financiera del SGSSS y resaltó lo siguiente: (...) para que las EPS cumplan sus funciones, el SGSSS les reconoce una UPC por cada afiliado, cuyo valor es definido por los órganos rectores del sistema atendiendo a criterios indicados en la Ley 100; (...) la UPC debe destinarse por las EPS a garantizar el contenido del POS (...).”*

En el sub examine, debe observarse que las prestaciones objeto de recobro por parte de la EPS y de las cuales se pretende el reconocimiento y pago por parte de la entidad recobrante, se tratan de servicios y tecnologías contenidas en planes y beneficios y reconocidas a la EPS a través de la UPC, hay lugar a la imposición de la glosa correspondiente, en consideración a que no existe obligación de pagar dichas cuentas cuando las mismas se relacionan con prestaciones que:

- ✓ Se encuentran incluidas en los planes de beneficios
- ✓ Fueron reconocidas a las EPS a través de la UPC, razón por la cual, de pagarse, se estaría incurriendo un **pago doble e indebido** trasgrediendo el principio de eficiencia y el deber de protección de los recursos públicos que le compete al Estado.

56 Resolución 6411 de 2016 *“Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación -UPC para la cobertura del Plan de Beneficios en Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado en la vigencia 2017”*

57 O CI. ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO DE CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2016. Información extraída de bases de datos poblacionales y de servicios que corresponden a las de prestaciones en salud reportadas por todas las aseguradoras, las de población del proceso de compensación del FOSYGA para el Régimen Contributivo y de liquidación mensual de afiliados para el Régimen Subsidiado.

58 El artículo 2.6.1.1.2.4 del Decreto 780 de 2016, señala que este proceso se adelanta con la información de los afiliados que registran las EPS y la EOC en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA y la información adicional que remiten estas entidades al FOSYGA para surtirlo.

59 De acuerdo con lo previsto en el artículo 2.3.2.2.6 del Decreto 780 de 2016, esta se realiza con fundamento en la información de afiliación contenida en la BDUA; la cual es actualizada por las EPS y validada por las entidades territoriales en el marco de la Resolución 4522 de 2016.

60 Artículo 179 de la Ley 100 de 1993

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

De lo anterior se concluye que de los recobros objeto de la demanda más de 80% de las glosas impuestas obedecen que no se cumplió con la carga del demandante de demostrar que el recobro se debía pagar.

- **DE LAS GLOSAS IMPUESTAS A LOS RECOBROS OBJETO DE DEMANDA**

Como quiera que una de las glosas predominantes en el caso en concreto es la 1-03 que hace referencia a los recobros presentados *“los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el fosalga”*, se procede a indicar de manera detallada los motivos para su imposición; lo anterior, sin pretender restarle importancia a las demás glosas indicadas en el cuadro anterior:

- **DE LA DENOMINADA GLOSA POS**

La Ley 100 de 1993 estableció como características del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS⁴⁷ que todos los afiliados al Sistema recibirán un Plan Integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, denominado Plan Obligatorio de Salud-POS, hoy Plan de Beneficios en Salud⁴⁸ y que por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud -EPS responsable de su aseguramiento, encargada de la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en dicho Plan⁴⁹, recibirá un valor per cápita, denominado Unidad de Pago por Capacitación – UPC, inicialmente establecida de forma periódica por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS⁵⁰, y posteriormente por la Comisión de Regulación en Salud -CRES⁵¹. Aquí es imperativo señalar que la UPC tiene como destinación específica el financiamiento del Plan de Beneficios en Salud.

Cabe anotar que en la actualidad la revisión de la suficiencia de la UPC, es adelantada de forma anual por el Ministerio de Salud y Protección Social⁵² a través de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud⁵³, *“en el marco de los desarrollos académicos y experiencias internacionales relacionados con las metodologías de cálculo de primas de aseguramiento y de ajuste de riesgo”*⁵⁴, con la finalidad de cubrir los gastos de las atenciones médicas para los diferentes perfiles de riesgo de la población y de incorporar los costos de administración y ventas, permitiendo un margen de utilidad y riesgo para posibles desviaciones de los costos esperados⁵⁵.

47 Artículo 156 de la Ley 100 de 1993

48 De conformidad con la Resolución 6408 de 2016 *“Por la cual se modifica el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación (UPC)”*

49 Entendido como el conjunto de servicios y tecnologías en salud descritas en la norma que lo desarrolla, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad y que se constituye en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud para que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en salud bajo las condiciones previstas para ello en la referida norma.

50 De acuerdo con el literal f) del artículo 156 de la Ley 100 de 1993

51 Creada por la Ley 1122 de 2007, entre cuyas funciones estaba la de definir el valor de la Unidad de Pago por Capacitación de cada Régimen.

52 Decreto 2560 de 2012 por el cual se suprime la CRES y traslada sus funciones al Ministerio de Salud y Protección Social

53 Artículo 7 del Decreto 2562 de 2012 crea la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento, entre cuyas funciones está la de “proponer el valor de la Unidad de Pago por Capacitación de cada Régimen”.

54 Ministerio de Salud y Protección Social. ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO PARA EL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO DE CAPACITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD PARA EL AÑO 2016. Informe a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones del Aseguramiento en Salud. 2016. Pág. 12.

55 De conformidad con el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 los gastos de administración de las EPS no podrán superar el 10% de la UPC en el Régimen Contributivo y el 8% en el Régimen Subsidiado.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

Atendiendo lo señalado, de constatarse, tras surtir el proceso de auditoría integral estipulado para ello, que los medicamentos, servicios o tecnologías en salud objeto del recobro por parte de la EPS o EOC, se encuentran cubiertos por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de la prestación o prescripción según sea el caso, hay lugar a la imposición de la glosa correspondiente, esto es, se negará la solicitud de recobro, puesto que no existe obligación de pagar dichas cuentas cuando las mismas se relacionan con prestaciones que:

- ✓ Se encuentran incluidas en los planes de beneficios en la fecha de la prestación, suministro o prescripción del servicio o tecnología en salud
- ✓ Fueron reconocidas a la EPS a través de la UPC, razón por la cual de pagarse, se estaría incurriendo un **pago doble e indebido** transgrediendo el principio de eficiencia y el deber de protección de los recursos públicos que le compete al Estado, lo cual daría lugar no solo al detrimento de los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud sino también a acciones objeto de investigaciones de tipo penal, disciplinaria y fiscal por tratarse de recursos del erario con destinación específica.

VI. EXCEPCIONES:

EXCEPCIÓN PREVIA:

FALTA DE JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

Las excepciones previas tienen como finalidad el saneamiento del proceso y no acelerar su terminación; es decir, su propósito es mejorarlo, enderezarlo, sanearlo o encaminar el trámite. Por lo anterior, es necesario poner de presente a su despacho la decisión que fuera tomada por la Sala Plena de la Corte Suprema de Justicia como Máximo órgano de decisión de la jurisdicción ordinaria, en decisión del 12 de abril de 2018 bajo el radicado: 110010230000201700200-01, estudiando un caso similar en donde se debatían si los recobros demandados se encontraban excluidos o no del POS, remitió el expediente a la jurisdicción Contenciosa Administrativa bajo los siguientes argumentos:

Actualmente el proceso de auditoría integral está a cargo de la Unión Temporal Fosyga 2014 en virtud del Contrato de consultoría No. 043 de 2013 cuya vigencia tiene lugar del 16 de diciembre de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2017 o hasta que se acaben los recursos para su ejecución y tiene por objeto *“Realizar la auditoría en salud, jurídica y financiera a las solicitudes de recobro por servicios extraordinarios no incluidos en el plan general de beneficios y a las reclamaciones por Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito - ECAT con cargo a los recursos de las subcuentas correspondientes del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*. Aquí es pertinente indicar que dicha tarea le correspondió al Consorcio Fidufosyga 2005, desde el 15 de diciembre de 2005 hasta el 27 de diciembre de 2011, en marco del Contrato No. 242 de 2005, dicho consorcio hizo las veces también de administrador fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía; continuó esta labor la Unión Temporal Nuevo Fosyga desde el día 28 de diciembre de 2011 al 15 de diciembre de 2013, en virtud del Contrato de consultoría No. 055 de 2011.

Ahora bien, los requisitos generales y especiales para el reconocimiento y pago de recobros tenidos en cuenta por la firma auditora al momento de adelantar el trámite de auditoría integral, han sido estipulados por las Resoluciones Nos. 3797 de 2004, 2933 de 2006, 3099 de 2008, 5395 de 2013 y demás que las modifiquen o sustituyan, hoy en día la norma vigente es la Resolución 3951 de 2016 en donde además de los requisitos mencionados, hace énfasis en la existencia de requisitos esenciales que la entidad recobrante debe acreditar para demostrar la existencia de la respectiva obligación, entre los que se encuentra que *“La tecnología en salud prescrita no estaba cubierta por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC para la fecha de su prestación.”*⁶⁴ Para adelantar dicho trámite de auditoría y determinar la procedencia del recobro, es necesario tener en cuenta el Plan de Beneficios en Salud vigente para la fecha de la prestación.

Respecto a lo anterior, es preciso indicar que actualmente para analizar la procedencia del recobro, se toma la fecha de la prescripción realizada por el profesional de la salud en los términos de la Resolución 3951 de 2016, esto es, la fecha de la emisión de la prescripción en el aplicativo *“Mipres”*. Previa vigencia de la Resolución 3951 de 2016, se tenía en cuenta la fecha de prestación o de suministro de la tecnología no cubierta en el Plan de Beneficios en Salud, lo siguiente: **i)** Cuando la tecnología sea de tipo ambulatorio, la fecha registrada en el documento que acredite la evidencia de entrega de la tecnología, esto es, firma o número de identificación del paciente, su representante, responsable acudiente o de quien recibe la tecnología en factura de venta o documento equivalente, formula médica, orden médica, certificación del prestador del servicio o formato diseñado por la entidad recobrante y **ii)** Cuando la tecnología se haya proporcionado en atención inicial de urgencias, en atención de urgencias con observación, servicios de internación y/o cirugía hospitalaria o ambulatoria, la fecha de egreso del usuario, registrada en la copia del informe de atención inicial de urgencias, del resumen de atención, de la epicrisis o de la historia clínica.

64 Numeral 2 del artículo 35 de la Resolución 3951 de 2016

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

De lo anterior se colige que la Corte Constitucional reconoce la necesidad de financiar con cargo a los recursos del Estado los servicios, tecnologías y medicamentos **no cubiertos** por el Plan de Beneficios en Salud, no obstante, hace énfasis en que para su pago se presenten las solicitudes de recobros de conformidad con lo regulado para ello.

En este punto, es necesario indicar que la solicitud de recobro es presentada por una entidad recobrante, entiéndase EPS o EOC ante el Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA o quien haga sus veces, a fin de obtener el pago de cuentas por concepto de servicios o tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, cuyo suministro fue garantizado a sus afiliados y autorizado por el Comité Técnico Científico con anterioridad a la vigencia de la Resolución 3951 de 2016, prescrito por el profesional de la salud u ordenado por fallos de tutela.

Dicha solicitud debe surtir un proceso de auditoría integral en donde se verifica el cumplimiento de los requisitos establecidos para el reconocimiento y pago del recobro, esta auditoría considera tres aspectos a saber: **i) técnico-médico, ii) jurídico y iii) financiero**; los cuales se analizan de forma conjunta y completa, con el fin de obtener un resultado que da lugar al reconocimiento y pago de las tecnologías en salud no cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud o por el contrario, ante el incumplimiento en alguno de los requisitos previstos, da como resultado la aplicación de una glosa.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

el contrario, está cubiertos si el procedimiento en el cual fue usado es no está incluido en dicho Plan.

Así pues, resulta necesario indicar que la cobertura de dispositivos como son grapadoras, trocar, sistemas de drenaje, entre otros, se ha dado de manera implícita bajo el principio de integralidad en la prestación del servicio o tecnología en la cual sean utilizados como necesarios para lograr la finalidad en procedimientos o servicios cubiertos, así lo define el artículo 22 de la Resolución 5261 de 1994, artículo 14 del Acuerdo 008 de la CRES, artículo 36 del Acuerdo 029 de la CRES, artículo 58 de la Resolución 5521 de 2013, artículo 57 de la Resolución 5592 de 2015 y de la Resolución 6408 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentran cubiertos los dispositivos que sean necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, salvo que exista exclusión expresa en la norma.

Actualmente, el artículo 57 de la Resolución 6408 de 2016, indica respecto a los dispositivos médicos, lo siguiente:

“En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud -EPS- o las entidades que hagan sus veces, deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de sutura, osteosíntesis y de curación, y en general, los dispositivos médicos o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este acto administrativo.”

Ahora bien, tratándose de este tema, se hace necesario traer a colación que generalmente las EPS presentan recobros por suministros que se encuentran cubiertos por los Planes de Beneficios, basados por ejemplo en sentencias de tutelas, cuyas prestaciones han sido negadas por las entidades, haciendo incurrir a sus afiliados en la acción judicial (fallo de tutela), cuando en primera instancia se debió haber prestado el servicio pues constituía su obligación principal.

En consecuencia, se tiene que las conductas de negación de servicios y, adicionalmente, de solicitudes de recobro sin tener derecho, se mantienen como una práctica reiterada. Esto genera que las EPS no solo niegan con frecuencia servicios que están obligados a cubrir, sino que, además, solicitan que se les pague por tal actitud. Situación que difiere del análisis que sobre el particular realizó la Honorable Corte Constitucional en la sentencia T-760 de 2008, respecto al adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el Plan de Beneficios en Salud, señalando específicamente lo siguiente:

*“(…) 2.2.5.1. Cuando una persona **requiere un servicio de salud que no se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Servicios**, y carece de recursos para cubrir el costo del mismo que le corresponda asumir, las entidades encargadas de asegurar la prestación del servicio (EPS) deben cumplir con su responsabilidad y,*

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

La cobertura de procedimientos se encontraba descrita inicialmente de conformidad a los códigos y nomenclatura señalada en la Resolución 5261 de 1994. Luego mediante Acuerdo 008 de 2009 se adoptó la Clasificación única de Procedimientos en Salud – CUPS para la descripción de los procedimientos cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC dada la obligatoriedad de uso de dicha descripción.

Con posterioridad a lo dispuesto en el Acuerdo 008, en el Acuerdo 029 de 2011 se establecieron listados y anexos técnicos explícitos que especifican cuáles procedimientos están incluidos en el Plan de Beneficios en Salud utilizando la CUPS y la descripción de cada uno. Con esta información y basándose en la fecha de prestación, se verifica si el procedimiento recobrado, hace parte del plan de beneficios. Con la entrada en vigencia de la Resolución 5521 de 2013, los procedimientos incluidos en el plan de beneficios se especifican hasta la categoría de la Codificación Única de Procedimientos, es decir, los cuatro primeros dígitos, por lo que se entiende que los procedimientos que hagan parte de esa categoría son están cubiertos por el Plan de Beneficios a no ser que estén expresamente enunciados en los “Salvos” que contiene el señalado listado. Ocurre lo mismo para la vigencia de la Resolución 5592 de 2015.

De esta manera, para establecer las coberturas en el Plan de Beneficios, los servicios descritos con otra nomenclatura como “programas”, “clínicas” o “paquetes” y “conjuntos de atención” entre otros, deben ser discriminados de acuerdo con la codificación CUPS para compararlos con los contenidos de los anexos en las diferentes normas vigentes en cada período.

Actualmente, el artículo 6 de la Resolución 6408 de 2016, dispone frente a la cobertura de procedimientos y servicios:

“La cobertura de procedimientos y servicios del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se describe en términos de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud - UPS- y se consideran cubiertas todas las tecnologías en salud (servicios y procedimientos) descritas en el articulado y los anexos 2 y 3 del presente acto administrativo.

Se consideran cubiertas todas las subcategorías que conforman cada una de las categorías descritas en el Anexo 2 “Listado de Procedimientos en Salud del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC” del presente acto administrativo, salvo aquellas referidas como no cubiertas en la nota aclaratoria y las que corresponden a un ámbito diferente al de salud.”

- **COBERTURA DE DISPOSITIVOS:**

Las coberturas de los dispositivos, no mencionados explícitamente en las normas, están determinadas o supeditadas a las coberturas listadas de tecnologías en salud, por lo tanto, al no encontrarse expresamente listados, se consideran cubiertos si son necesarios e insustituibles para la realización de un procedimiento incluido en el Plan de Beneficios, por

medicamentos incluidos y cubiertos por la UPC, a que refiere el Anexo 1 que hace parte integral de la presente resolución.

PARÁGRAFO 1. Los medicamentos descritos en el Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo se consideran cubiertos con la UPC, cualquiera que sea el origen, forma de fabricación, el mecanismo de producción del principio activo, salvo especificaciones descritas en este acto administrativo.

En cuanto a estereoisómeros de principios activos que se encuentran incluidos en el listado de medicamentos del Anexo 1 que hace parte integral de este acto administrativo, se consideran cubiertos por la UPC siempre y cuando compartan el mismo efecto farmacológico de la mezcla racémica del principio activo del cual se extraen.

Si el estereoisómero hace parte de un subgrupo de referencia cubierto, el valor máximo de reconocimiento para cálculo en la prima será el establecido para el principio activo del cual se extrae.

PARÁGRAFO 2. Entiéndase por Valor Máximo de Reconocimiento para cálculo de la prima por subgrupo el descrito en el numeral 40 del artículo 8 del presente acto administrativo.

PARÁGRAFO 3. En los casos en que la descripción del medicamento incluido en el listado de medicamentos con cargo a la UPC, de que trata el Anexo 1 que hace parte integral del presente acto administrativo, contenga una sal o un éster determinados, la cobertura es específica para dicha composición y no otras que existan en el mercado.”

Así pues, la cobertura de medicamentos está dada por los listados explícitos de las normas que han definido el Plan de Beneficios en Salud, teniendo en cuenta que cumplan las siguientes características en su totalidad:

1. Principio activo
2. Concentración
3. Forma farmacéutica
4. Aclaración u observación, si se encuentra descrita

Finalmente, y acorde con lo expuesto, se evidencia que en todo momento se ha indicado qué medicamentos se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios del que trata el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, los cuales son objeto de reconocimiento a las EPS y EOC, a través de la Unidad de Pago por Capitación -UPC.

- COBERTURA DE PROCEDIMIENTOS Y SERVICIOS

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

La competencia es institución que corresponde a la reglamentación del ejercicio de la jurisdicción a fin de distribuirla entre los distintos jueces en cada etapa o instancia procesal, partiendo de consideraciones sobre los sujetos, materia, cuantía y territorio, lo que marca una ostensible diferencia con la jurisdicción, puesto que aquella es la especie y ésta última el género.

De esta manera, la competencia otorga a cada juez el poder de conocer determinada porción de asuntos, mientras que la jurisdicción corresponde a todos los funcionarios en conjunto. Al respecto ha instruido la Sala de Casación Civil de esta Corporación:

Concebida la competencia como la potestad o facultad para conocer y decidir determinados asuntos, en procura de la eficiencia, eficacia y orden en la administración de justicia, el legislador en ejercicio de su poder de configuración normativa, la distribuye entre los diferentes jueces, adscribiéndola a uno en particular, conforme a los conocidos fueros por materia (ratione materia) y cuantía (lex rubria) del proceso (factor objetivo), la calidad de las partes (ratione personae, factor subjetivo), naturaleza de la función (factor funcional), conexidad, economía o unicidad procesal (fuero de atracción, autos de 30 de septiembre de 1993 y 6 de octubre de 1994) y lugar (factor territorial), está delimitada conforme “a los denominados fueros o foros (...) (CCLXI, 48). (SC 1º jul. 2009, Rad. 2000-00310-01).

A pesar de su aparente naturaleza simplemente instrumental, la figura en comento es desarrollo de una relevante garantía constitucional fundamental, denominada legalidad del Juez - llamada por algunos como «*Juez natural*», la cual, en últimas, reclama por la predeterminación jurídica de la autoridad a quien corresponde ejercer tan relevante poder estatal en un evento específico.

Esta garantía entonces se materializa en el establecimiento de reglas claras que permitan al justiciable prever el sujeto que habrá de estar encargado de conocer y resolver cada uno de los tópicos materia de decisión; para ello, la competencia se ordena por normas **imperativas concretas**, contentivas de reglas de **orden público e interés general** que en principio se predicen **inmodificables, improrrogables, indelegables y susceptibles de sanción** por vía de anulación de las conductas que vulneran la prerrogativa constitucional del debido proceso.

De los argumentos de la corte frente al caso en concreto: En la providencia de marras, la Corte realizó el siguiente estudio frente al caso que nos ocupa, el cual se reitera tiene similitud fáctica por debatirse los recobros que fueron glosados por incluir servicios y/o medicamentos que se encontraban dentro del POS:

Tal circunstancia obliga a considerar que el examen de competencia del presente asunto corresponde a la jurisdicción de lo contencioso administrativo.

El Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud -Fosyga-, de conformidad con el artículo 218 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 1 del Decreto 1283 de 1996, es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y de la Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica, ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión social en salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, la decisión de «glosar, devolver o rechazar» las solicitudes de recobro por servicios, medicamentos o tratamientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud -NO POS-, en la medida que el Fosyga la asume en nombre y representación del Estado, constituye acto administrativo, particular y concreto, cuya

controversia ha de zanjarse en el marco de la competencia general de la jurisdicción de lo contencioso administrativa prevista en el artículo 104 de la Ley 1437 de 2011⁶⁵.

65

⁶⁵ **ARTÍCULO 104. DE LA JURISDICCIÓN DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO.** La Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo está instituida para conocer, además de lo dispuesto en la Constitución Política y en leyes especiales, de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas, o los particulares cuando ejerzan función administrativa.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

Como conclusión la corte señaló: Con base en los argumentos esgrimidos en este caso de similitud fáctica, el Alto Tribunal decidió que la competencia debería ser asumida por la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, así:

Es claro entonces que los litigios surgidos con ocasión de la devolución, rechazo o glosas de las facturas o cuentas de cobro por servicios, insumos o medicamentos del servicio de salud NO incluidos en el Plan obligatorio de Salud –NO

POS-, deben zanjarse en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, por expresa competencia de la Ley 1437 de 2011.

Ahora bien, igualmente debe hacerse énfasis en como la Corte trajo a colación la Garantía fundamental denominada legalidad del Juez o del **Juez Natural** como parte de su argumento para determinar la competencia de la Jurisdicción Contenciosa Administrativa, me permito citar la sentencia de la Corte Constitucional **C- 496 de 2015**, en donde se refiere a esta garantía fundamental de las partes procesales:

“El derecho al juez natural

El derecho al juez natural es la garantía de ser juzgado por el juez legalmente competente para adelantar el trámite y adoptar la decisión de fondo respectiva; el cual debe ser funcionalmente independiente, imparcial y estar sometido solamente al imperio de la ley (Arts. 228 y 230 C. Pol.)⁶⁶.

En este sentido, el juez natural es aquél a quien la Constitución o la Ley le han asignado el conocimiento de ciertos asuntos para su definición, cuya determinación está regida por dos principios: la *especialidad*, pues el legislador deberá consultar como principio de razón suficiente la naturaleza del órgano al que atribuye las funciones judiciales, y de otro lado, la *predeterminación legal* del Juez que conocerá de determinados asuntos, lo cual supone: “i) que el órgano judicial sea previamente creado por la ley; ii) que la competencia le haya sido atribuida previamente al hecho sometido a su decisión; iii) que no se trate de un juez por fuera de alguna estructura jurisdiccional (ex post) o establecido únicamente para el conocimiento de algún asunto (ad hoc); y iv) que no se

⁶⁶ Sentencias de la Corte Constitucional C-1083 de 2005, M.P. Jaime Araujo Rentería; T-954 de 2006, M.P. Jaime Córdoba Triviño y C-083 de 2015, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

*someta un asunto a una jurisdicción especial cuando corresponde a la ordinaria o se desconozca la competencia que por fuero ha sido asignada a determinada autoridad judicial.*⁶⁷

La exigencia de que se haya asignado normativamente competencia no basta para definir este concepto, pues el derecho en cuestión exige adicionalmente que no se altere *“la naturaleza de funcionario judicial”* y que no se establezcan jueces o tribunales ad-hoc. Ello implica que previamente se definan quiénes son los jueces competentes, *“que estos tengan carácter institucional y que una vez asignada –debidamente– competencia para conocer un caso específico, no les sea revocable el conocimiento del caso, salvo que se trate de modificaciones de competencias al interior de una institución”*⁶⁸.

En virtud de lo anterior, el derecho al juez natural comprende una doble garantía en el entendido de que asegura *“al sindicado el derecho a no ser juzgado por un juez distinto a los que integran la Jurisdicción, evitándose la posibilidad de crear nuevas competencias distintas de las que comprende la organización de los jueces; e igualmente una garantía para la Rama Judicial en cuanto impide la violación de principios de independencia, unidad y “monopolio” de la jurisdicción ante las modificaciones que podrían intentarse para alterar el funcionamiento ordinario”*⁶⁹

3.5.4.2. Derecho a ser juzgado con las formas propias de cada juicio

El derecho a ser juzgado con la plenitud de las formas propias de cada juicio implica el establecimiento de esas reglas mínimas procesales⁷⁰, entendidas como *“(…) el conjunto de reglas señaladas en la ley que, según la naturaleza del juicio, determinan los procedimientos o trámites que deben surtirse ante las diversas instancias judiciales o administrativas.”*⁷¹. De esta forma, dicho

⁶⁷ Sentencia de la Corte Constitucional C-180 de 2014. M.P. Alberto Rojas Ríos.

⁶⁸ Sentencia de la Corte Constitucional T-058 de 2006. M.P. Álvaro Tafur Galvis.

⁶⁹ Sentencia de la Corte Constitucional C- 200 de 2002. M.P. Dr. Álvaro Tafur Galvis.

⁷⁰ Sentencia de la Corte Constitucional C-383 de 05, M.P. Álvaro Tafur Galvis. Ver también las Sentencias de la Corte Constitucional C-680 de 1998 M.P. Carlos Gaviria Díaz y C-131 de 2002 M.P. Jaime Córdoba Triviño en la que se señaló *“La sola consagración del debido proceso como derecho fundamental, no puede derivarse, en manera alguna, una idéntica regulación de sus distintos contenidos para los procesos que se adelantan en las distintas materias jurídicas pues, en todo aquello que no haya sido expresamente previsto por la Carta, debe advertirse un espacio apto para el ejercicio del poder de configuración normativa que el pueblo ejerce a través de sus representantes. La distinta regulación del debido proceso a que pueda haber lugar en las diferentes materias jurídicas, siempre que se respeten los valores superiores, los principios constitucionales y los derechos fundamentales, no es más que el fruto de un proceso deliberativo en el que, si bien se promueve el consenso, también hay lugar para el disenso pues ello es así ante la conciencia que se tiene de que, de cerrarse las puertas a la diferencia, se desvirtuarían los fundamentos de legitimidad de una democracia constitucional.”*

⁷¹ Sentencias de la Corte Constitucional C-562 de 1997 M.P. Vladimiro Naranjo Mesa y C-383 de 2005, M.P. Álvaro Tafur Galvis.

presupuesto se erige en garantía del principio de legalidad que gobierna el debido proceso, el cual "(...) se ajusta al principio de juridicidad propio del Estado de Derecho y excluye, por consiguiente, cualquier acción contra legem o praeter legem"⁷².

En este sentido, el debido proceso es precisamente el conjunto de etapas, exigencias o condiciones establecidas por la ley, que deben concatenarse al adelantar todo proceso judicial o administrativo.⁷³

La Corte ha hecho énfasis, así mismo en que el cumplimiento de las formas propias del juicio no debe entenderse como una simple sucesión de formas, requisitos y términos, sino que se requiere comprender su verdadero sentido vinculado de manera inescindible con el respeto y efectividad de los derechos fundamentales, por ello, su cumplimiento debe revelar a cada paso el propósito de protección y realización del derecho material de las personas⁷⁴.

Por último, resulta oportuno señalar la normatividad que regula lo pertinente a la competencia dentro del Código General del Proceso:

"ARTÍCULO 16. PRORROGABILIDAD E IMPRORROGABILIDAD DE LA JURISDICCIÓN Y LA COMPETENCIA. *La jurisdicción y la competencia por los factores subjetivo y funcional son improrrogables. Cuando se declare, de oficio o a petición de parte, la falta de jurisdicción o la falta de competencia por los factores subjetivo o funcional, lo actuado conservará validez, salvo la sentencia que se hubiere proferido que será nula, y el proceso se enviará de inmediato al juez competente. Lo actuado con posterioridad a la declaratoria de falta de jurisdicción o de competencia será nulo.*

La falta de competencia por factores distintos del subjetivo o funcional es prorrogable cuando no se reclame en tiempo, y el juez seguirá

⁷² Sentencia de la Corte Constitucional T-001 de 1993 M.P. Jaime Sanín Grafstein.

⁷³ La extensión del debido proceso a las actuaciones administrativa constituye una de las notas características de la Constitución Política de 1991. Al respecto, y en un escenario semejante al que debe abordarse en esta decisión, ver la sentencia C-980 de 2010, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo. En el mismo sentido la Sentencia T-073 de 1997 M.P. Vladimiro Naranjo Mesa. En esta oportunidad la Sala Octava de decisión no encontró que la Fiscalía Delegada ante el Tribunal Superior de Neiva hubiese incurrido en vía de hecho al declarar la preclusión de la investigación en el proceso por hurto en el que estaba en juego la declaración de una presunta sociedad de hecho conformada entre distintos sujetos (uno de ellos el peticionario en sede de tutela). Ver también la Sentencia T-945 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.

⁷⁴ Sentencias de la Corte Constitucional T-1263 de 2001 M.P. Jaime Córdoba Triviño y C-154 de 2004, M.P. Álvaro Tafur Galvis.

conociendo del proceso. Cuando se alegue oportunamente lo actuado conservará validez y el proceso se remitirá al juez competente.

ARTÍCULO 132. CONTROL DE LEGALIDAD. *Agotada cada etapa del proceso el juez deberá realizar control de legalidad para corregir o sanear los vicios que configuren nulidades u otras irregularidades del proceso, las cuales, salvo que se trate de hechos nuevos, no se podrán alegar en las etapas siguientes, sin perjuicio de lo previsto para los recursos de revisión y casación.*

ARTÍCULO 138. EFECTOS DE LA DECLARACIÓN DE FALTA DE JURISDICCIÓN O COMPETENCIA Y DE LA NULIDAD DECLARADA. *Cuando se declare la falta de jurisdicción, o la falta de competencia por el factor funcional o subjetivo, lo actuado conservará su validez y el proceso se enviará de inmediato al juez competente; pero si se hubiere dictado sentencia, esta se invalidará.*

La nulidad solo comprenderá la actuación posterior al motivo que la produjo y que resulte afectada por este. Sin embargo, la prueba practicada dentro de dicha actuación conservará su validez y tendrá eficacia respecto de quienes tuvieron oportunidad de controvertirla, y se mantendrán las medidas cautelares practicadas.

El auto que declare una nulidad indicará la actuación que debe renovarse.

Atendiendo las decisiones de las Altas Cortes y la normatividad citada, ruego a su H. Despacho que acoja la posición de la Corte Suprema de Justicia citada, y declare que la competencia en el presente caso debe ser asumida por el Juez Contencioso Administrativo y para ello se remita el presente asunto a dicha Jurisdicción.

- **PRESCRIPCIÓN**

Solicito al señor Juez que declare esta excepción en atención a que la entidad demandante pretende por proceso ordinario laboral para que se amplíen los términos que en la Jurisdicción de lo contencioso administrativo estarían caducos.

Con relación al fenómeno o institución jurídica de la prescripción que se presenta con el paso del tiempo y que trae como consecuencia ciertos efectos jurídicos, bien sea de consolidar situaciones de hecho o extinguir derechos, es necesario que el Despacho analice cada una de los recobros y realizar el conteo de la prescripción del derecho.

- **EXCEPCIÓN DE FONDO**

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

- INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN

Frente al caso particular no existe obligación de pago por parte de la Nación - Ministerio de Salud y Protección Social a la entidad demandante, pues no se puede alegar la existencia de dicha obligación por no obtener un pago que nadie adeuda. Ahora bien, si la demandante hubiese dado cumplimiento a los requisitos y exigencias previstos en la normativa legal vigente, que en consonancia con el principio de legalidad del gasto público se hacen necesarios para que la administración proceda a ordenar el correspondiente pago, el auditor del FOSYGA para la fecha de radicación de los recobros no hubiese impuesto glosas a los recobros presentados por la demandante, lo que deviene en la necesaria conclusión de que la Entidad no le adeuda a la EPS actora ninguno de los valores reclamados a través del presente proceso, pues no existe obligación de pagar unas cuentas cuando lo que se recobra ya se encuentra previamente pagado a la EPS demandante a través de la Unidad de Pago por Capitación –UPC en cuanto se encontraba incluido en el plan de beneficios, o no cumplían los demás requisitos para su reconocimiento.

Por ello, llama la atención que los argumentos esgrimidos por la entidad demandante para solicitar que se declare que la ADRES está obligada a realizar erogaciones, por el no reconocimiento y pago en sede administrativa de los recobros presentados.

Aunado a lo anterior, es preciso señalar que el fundamento de la responsabilidad y por tanto de la indemnización de perjuicios, está dado por el hecho de que el Estado imponga a determinado grupo de administrados ciertas cargas que conllevan un detrimento en su patrimonio, resultándolo desproporcionado, lo que de hecho generará el rompimiento del principio de igualdad o equilibrio de las cargas públicas, hecho que a todas luces no se configura en el caso en concreto.

En este orden de ideas, no puede la demandante alegar una obligación de pago con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, por el simple hecho de no obtener el pago reclamado, cuando no le asistía el derecho de recobrar, en atención a que los servicios prestados se encuentran dentro del Plan Obligatorio de Salud y en esa medida fueron glosados como POS

- DE LA EXISTENCIA DEL HECHO O CULPA EXCLUSIVA DE LA EPS RECOBRANTE COMO CAUSAL EXONERATIVA DE RESPONSABILIDAD:

Sobre el hecho del demandante o actor, o como se indica en otras esferas del derecho, el hecho de la “víctima” como causal exonerativa de responsabilidad, el Honorable Consejo de Estado ha indicado:

“Cabe precisar que en los eventos en los cuales la actuación de la víctima resulta ser la causa única, exclusiva o determinante del daño, carece de

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

relevancia la valoración de su subjetividad. Si la causalidad constituye un aspecto objetivo, material de la responsabilidad, la labor del juez frente a un daño concreto debe limitarse a verificar si dicha conducta fue o no la causa eficiente del daño, sin que para ello importe establecer si al realizarla, su autor omitió el deber objetivo de cuidado que le era exigible, o si su intervención fue involuntaria. Por tal razón, resulta más preciso señalar que la causal de exoneración de responsabilidad del demandado es el hecho de la víctima y no su culpa.⁷⁵

Para el presente caso, la EPS demandante pretende que se declare una obligación a cargo del estado, para lo cual alega haber sufrido un perjuicio económico que se configura en el hecho del no pago de las sumas de dinero recobradas, es decir que el objeto de esta demanda es el pago de recobros que no cumplieron con los requisitos señalados en la norma aplicable para la época en que fue realizada su auditoría, o de recobros de prestaciones contenidas en planes de beneficios, o en recobros presentados extemporáneamente para trámite.

Aunado lo anterior, se concluye que los perjuicios alegados por la entidad demandante provienen exclusivamente de su actuación, ya que, de conformidad a lo indicado, los servicios de los cuales se pretende el reconocimiento y pago, fueron glosados en el trámite de auditoría integral por no cumplir los requisitos exigidos para su reconocimiento.

VII. PETICIÓN

Con fundamento en lo indicado, así como en las razones que el Honorable Juez considere pertinentes para llegar a la conclusión a la que aquí se arriba, le solicito comedidamente, exonerar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES de las pretensiones incoadas por la entidad demandante y en su lugar declarar la no prosperidad de las mismas y desestimar los cargos.

VIII. PRUEBAS

Documentales:

1. CD con el siguiente contenido:
 - 1.1. Acuerdo 08 de 1994 - CNSSS
 - 1.2. Acuerdo 08 de 2009 - CRES
 - 1.3. Acuerdo 029 de 2011 - CRES – Documento Técnico - Actualización Integral del POS del SGSSS 2011

⁷⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 19 de agosto de 2009, expediente 17957. Ver en el mismo sentido, Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 18 de febrero de 2010, expediente 17179.

- 1.4. Acuerdo 029 de 2011 - CRES
- 1.5. Acuerdo 260 de 2004
- 1.6. Contrato Consultoría 0043 de 2013 Unión Temporal FOSYGA 2014
- 1.7. Decreto 347 de 2013 - Por el cual se reglamenta el inciso 4o del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013
- 1.8. Decreto 806 de 1998 - por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios
- 1.9. Decreto 1681 de 2015 - Por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del FOSYGA
- 1.10. Decreto 2560 de 2012 - Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud (CRES)
- 1.11. 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
- 1.12. Decreto Ley 1281 de 2002
- 1.13. Guía informativa del Régimen Contributivo
- 1.14. Resolución 1822 de 2012 - Por la cual se definen los términos, requisitos y formatos de que trata el artículo 3° del Decreto 1377 de 2012
- 1.15. Resolución 2729 de 2013
- 1.16. Resolución 4251 de 2012 - Por la cual se modifica el artículo 4o de la Resolución número 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones
- 1.17. Resolución 5521 de 2013 - Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)
- 1.18. Resolución N° 5261 de 1994 - Por la cual se establece el Manual de Actividades – MAPIPOS
- 1.19. Manuales Operativo de Medicamentos y Tutelas; y el de Auditoria Integral de Recobros por Tecnologías NO POS, ambos publicados en la página web del Fosyga, Página www.fosyga.gov.co – link: Trámites – Manuales, búsqueda: MYT- Manual de Auditoria Integral de Recobros por Tecnologías No POS Versión 02 de Mayo de 2015).

2. Apoyo técnico emitido por la Dirección de Tecnologías en la cual informa el estado, encabezado, pagos, glosas y el consolidado de estos datos, sobre los recobros objeto de la demanda e imágenes de los recobros. (anexo en C.D.)

Requerir

-Requerir a la Unión Temporal AUDITORES EN SALUD actual ente auditor del FOSYGA, con el propósito que emita concepto técnico sobre los recobros objeto del presente proceso, el motivo de la imposición de la glosa y si la subsanación realizada en su momento por la demandante, cumplió con los requisitos exigidos en la norma para su levantamiento y aprobación.

Oficiar:

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

- A la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social a fin de que informe, de acuerdo a la tecnología y número de CUPS Y/O CUMS asociada a la misma, si los procedimientos y/o medicamentos objeto de litis se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud y en los Acuerdos que lo han regulado.

Testimoniales:

De manera respetuosa solicito se decrete la recepción de la siguiente declaración, para tales efectos formularé de manera personal en el marco de la diligencia o en su defecto por escrito en el momento procesal pertinente.

- María Esperanza Rozo Gómez, Directora Jurídica - Firma Auditora Unión Temporal FOSYGA 2014, ubicada en la Calle 32 N° 13 – 07 de Bogotá, con el fin que la testigo le explique al juez el procedimiento y/o trámite administrativo para el reconocimiento y pago de los recobros conforme a la normatividad vigente para la época de presentación de los mismos.

Frente a los documentos que acrediten la calidad de los usuarios: La EPS demandante tiene la capacidad de aportar la documentación que acredite la calidad de usuarios o afiliados a EPS al momento de la prestación del servicio, lo anterior por los siguientes argumentos:

Con ocasión del adecuado funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, el legislador a través del numeral 7 del artículo 173 de la Ley 100, otorgó al Ministerio de Salud la función de reglamentar *“la recolección, transferencia y difusión de la información en el subsistema al que concurren obligatoriamente todos los integrantes del sistema de seguridad social de salud independientemente de su naturaleza jurídica sin perjuicio de las normas legales que regulan la reserva y exhibición de los libros de comercio”*.

Por su parte, el Artículo 42 de la Ley 715 de 2001 establece como competencia en salud por parte de la Nación, la dirección del sector salud y del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio nacional y definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud, con la participación de las entidades territoriales.

En este sentido, los artículos 5 y 6 del Decreto Ley 1281 de 2002 establecen: i) que quienes administren recursos del sector salud y quienes manejen información sobre la población, incluyendo los regímenes especiales o de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, harán parte del sistema integral de información del sector salud para el control de la afiliación, del estado de salud de la población y de los recursos y responderán por su reporte oportuno, confiable y efectivo, de conformidad con las disposiciones legales y los requerimientos del Ministerio de Salud y ii) que la Registraduría Nacional del Estado

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

Civil, las Cámaras de Comercio, las entidades que administran regímenes de excepción de la Ley 100 de 1993 y todas aquellas que manejen información que resulte útil para evitar pagos indebidos con recursos del sector salud, deberán suministrar la información y las bases de datos que administren con la oportunidad que la requieran el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud para su procesamiento directo o a través de la Administradora de los Recursos del SGSSS -ADRES, que a partir del 01 de agosto de 2017 asumió las funciones que estaban en cabeza del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA.

Específicamente en lo que refiere al reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y a los lineamientos que sobre el particular se aplican a las EPS del régimen contributivo y del régimen subsidiado, así como a los regímenes especiales y de excepción, a las entidades que ofertan planes voluntarios de salud y por el INPEC tratándose de prestación de servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia, de las Entidades Territoriales, se debe aplicar lo dispuesto en la Resolución 4622 de 2016⁷⁶, la cual establece el plazo, las novedades a reportar, archivos y estructuras definidas para el efectos.⁷⁷

En la norma antes citada, se indica que Entidades Promotoras de Salud –EPS, las Entidades de Medicina Prepagada y quienes administren pólizas o seguros de salud, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, el Distrito Capital, los Municipios, los departamentos que tengan a su cargo corregimientos departamentales, quienes administren los regímenes especiales y de excepción del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tienen la obligación de suministrar la información requerida para el adecuado control de los recursos del SGSSS, para consolidar la denominada Base de Datos Única de Afiliados – BDUA.

De contera, si las EPS están obligadas a suministrar la información sobre sus afiliados, ellas deben tener la documentación que acredita dicha condición y de no ser así tienen que señalar la razón por la cual dicha documentación reposa en persona distinta.

Subsidiariamente: si su H. Despacho considera que debe ser mi representada quien aporte estos elementos, ruego nos otorgue, una vez admitida esta contestación, un tiempo prudente para allegar la documentación que relacionada a ello tenga la ADRES en su haber.

IX. ANEXOS

- Los relacionados en el acápite de pruebas.

⁷⁶ Por la cual se establece el reporte de los datos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a planes voluntarios, Regímenes Especial y de Excepción y de las personas privadas de la libertad bajo la custodia y vigilancia del INPEC

⁷⁷ Cabe indicar que las normas que han regulado la materia son las siguientes: Resolución 890 de 2002, complementada por la Resolución 1375 del mismo año y modificada por la Resolución 195 de 2005, derogada por la Resolución 1149 de 2006 y está por la Resolución 812 de 2007 complementada por la Resolución 5089 de 2008, la cual fue reemplazada por la Resolución 1982 de 2010 y está por la Resolución 2321 de 2011, derogada por la Resolución 1344 de 2012 y demás que la complementan y modifican y esta última por la hoy vigente Resolución 4622 de 2016.

- Poder legalmente conferido por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, Doctor Juan José Trujillo Ramírez
- Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"
- Resolución No. 1259 de 2018, por el cual se hace el nombramiento del Jefe de la Oficina Asesora Jurídica
- Acta de posesión No. 059 de 2018, Por medio el cual se posesiona el mencionado Jefe de la Oficina Asesora Jurídica
- Decreto 1429 de 2016
- Resolución 101 de 2017

X. NOTIFICACIONES

La entidad Demandada, Nación - Ministerio de Salud y Protección Social – FOSYGA (Hoy Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES) y la suscrita apoderada, en la Avenida Calle 26 N° 69 - 76 Torre 1, Piso 17, Edificio Elemento en Bogotá D.C.-

Correo electrónico para notificaciones judiciales de la suscrita es: alba.ramos@adres.gov.co - Teléfono: 4322760 ext. 1772, Celular 3106770488.

Correo electrónico para notificaciones judiciales de la Entidad demandada: notificaciones.judiciales@adres.gov.co / Teléfono: 4322760 ext. 1772

Con profundo respeto y admiración.

ALBA MARCELA RAMOS CALDERÓN
C.C. N° 38.144.746 de Ibagué
T.P. N° 153.593 del C.S. de la J.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

JUZGADO 27 LABORAL CT

Bogotá D.C.,

36965 20-NOV-19 8:38

Señor

JUEZ VEINTISIETE (27) LABORAL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

Calle 14 No. 7-36 Piso 14°

E. S. D.

Copia

Proceso: ORDINARIO LABORAL
Radicado: 11001310502720180009600
Demandante: E.P.S. SANITAS S.A.
Demandado: NACIÓN - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL -
FOSYGA ACTUAL ADRES

ASUNTO: LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

ALBA MARCELA RAMOS CALDERÓN, mayor de edad, domiciliada en Bogotá D.C., identificada con la cédula de ciudadanía No. 38.144.746 de Ibagué (Tolima), abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 153.593 del Consejo Superior de la Judicatura, obrando conforme al poder conferido por el jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, doctor **FABIO ERNESTO ROJAS CONDE**, el cual se adjunta al presente documento, respetuosamente allego al Despacho escrito de **SOLICITUD DE LLAMAMIENTO EN GARANTÍA** de las sociedades **SERVIS OUTSOURCING INFORMÁTICO S.A.S.**, **CARVAJAL TECNOLOGÍA Y SERVICIOS S.A.S.** y **GRUPO ASESORÍA EN SISTEMATIZACIÓN DE DATOS S.A.S. – GRUPO ASD S.A.S.** como integrantes de la **UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014** en la demanda ordinaria laboral presentada por **E.P.S. SANITAS S.A.**, encontrándome dentro del término del traslado de la demanda y en virtud de lo dispuesto en el artículo 64 del Código General del Proceso con base en los siguientes:

I. ANTECEDENTES CONTRACTUALES

El Ministerio de Salud y el hoy Ministerio de Salud y Protección Social en virtud a lo dispuesto en el artículo 228 de la Ley 100 de 1993, ha suscrito contratos fiduciarios con diferentes consorcios, con el objeto de desarrollar las actividades de administración fiduciaria de recursos (recaudo, administración y pago), junto con el desarrollo y mantenimiento del software requerido para operar el Fondo Solidaridad y Garantía - FOSYGA, así como con el desarrollo de las actividades propias de la auditoría médica, económica y jurídica de los recobros por concepto de Prestación de Técnico Científico-CTC y fallos de tutela y de reclamaciones ECAT.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

Es importante precisar que el entonces Ministerio de la Protección Social a finales del año 2010 y principios de 2011, replanteó el esquema de operación del FOSYGA, propendiendo por la especialización de los principales procesos que se desarrollan a su interior, a saber, el de administración fiduciaria de los recursos del FOSYGA y el que corresponde a las actividades relacionadas con la auditoría a los recobros por servicios extraordinarios y las reclamaciones ECAT.

Se consideró que para la administración fiduciaria de los recursos del FOSYGA, debía contratarse una fiduciaria que además de realizar las operaciones correspondientes a la administración de los recursos, se encargara del desarrollo de software requerido para operar el Fondo y que garantizara el mantenimiento del Sistema de Información; y para la ejecución del segundo aspecto, es decir para la auditoría a los recobros por servicios extraordinarios y las reclamaciones ECAT., se debía contratar una firma auditora especializada en cuentas médicas o en auditoría médica, económica y jurídica.

Surtidos los procesos de selección correspondientes, el entonces Ministerio de Protección Social adjudicó los siguientes contratos:

- Mediante Resolución No. 3977 del 09 de septiembre de 2011, se adjudicó el contrato de encargo fiduciario No. 467 de 2011 al CONSORCIO SAYP 2011, integrado por FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. – FIDUPREVISORA S.A., FIDUCIARIA COLOMBIANA DE COMERCIO EXTERIOR S.A. – FIDUCOLDEX, cuyo objeto es el recaudo, administración y pago de los recursos del FOSYGA de acuerdo a las normas legales vigentes.
- Mediante Resolución No. 000320 del 15 de diciembre de 2011, se adjudicó el proceso de Concurso de Méritos Abierto CMA No. 5 de 2011 a la UNIÓN TEMPORAL NUEVO FOSYGA, conformada por ASD S.A, ASSENDA S.A.S Y SERVIS S.A, cuyo objeto es realizar la auditoría en salud, jurídica y financiera de las reclamaciones por los beneficios con cargo a la Subcuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito - ECAT y las solicitudes de recobro por beneficios extraordinarios no incluidos en el plan general de beneficios explícitos, ordenados por los Comités Técnico Científicos de las EPS, las Juntas Técnicas Científicas de Pares, la Superintendencia Nacional de Salud o los jueces, de acuerdo con lo establecido en la Ley 1438 de 2011, artículos 26, 27 y 126. Igualmente, para auditar los recobros y reclamaciones que se presenten con fundamento en disposiciones legales anteriores aplicando las normas pertinentes para cada caso.

• Contrato de Consultoría N° 0043 DE 2013 para la Auditoría de Recobros NO POS y Reclamaciones ECAT suscrito con la Unión Temporal FOSYGA 2014 –Este contrato fue el resultado del Concurso de Méritos Abierto

De acuerdo a tales contratos desde el año 2002 y hasta el mes de septiembre del año 2011, el administrador fiduciario de los recursos del FOSYGA estaba facultado para recibir, radicar y tramitar, los documentos soporte de los recobros presentados por personas naturales y jurídicas, con cargo a los recursos de las Subcuentas de Compensación y Solidaridad del FOSYGA, bajo la normatividad vigente a la fecha de cada presentación, las instrucciones que impartiera el Ministerio de la Protección Social y lo contemplado en el contrato de encargo fiduciario, así como en el manual de operación del FOSYGA. Por tanto, se realizaba una auditoría integral y si era del caso, se enviaba el resultado de la auditoría externa del FOSYGA, quien efectuaba una evaluación selectiva por muestreo de cada paquete que se conformaba y si procedía se enviaba al Ministerio de Salud para la correspondiente ordenación de gasto y autorización de giro. Surtido lo anterior, el Consorcio procedía a emitir la orden de pago y comunicaciones de pago, pero si el recobro no reunía los requisitos de ley no era viable jurídicamente el envío para ordenación de gasto y por ende no era factible el pago de los mismos, procediendo entonces a comunicar a la entidad recobrante la causal de glosa que impedía la aprobación del recobro.

Es así como operativamente se determinaba la procedencia o no del pago de los recobros y si el mismo no procedía, obedecía a la imposición de la glosa que para el efecto atribuye el resultado de la auditoría realizado por el administrador Fiduciario, atendiendo las normas o resoluciones expedidas sobre la materia de recobros, aplicables en el trámite de auditoría integral.

Actualmente la Administración de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud está a cargo de la ADRES, pero la realización de la auditoría integral sigue a cargo de la Unión Temporal FOSYGA 2014 de acuerdo con las funciones consignadas en el contrato de consultoría No. 043 de 2013.

II. HECHOS

PRIMERO: El día 10 de diciembre de 2013 el **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL** y la **UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014** celebraron suscribió Contrato de Consultoría No. 043 de 2013 que tiene por objeto el siguiente:

“CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO: Realizar la auditoria en salud, jurídica y financiera a las solicitudes de recobro por servicios extraordinarios no incluidos

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

en el plan general de beneficios y a las reclamaciones por Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito – ECAT con cargo a los recursos de las subcuentas correspondientes del Fondos de Solidaridad y Garantía – FOSYGA del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”¹

SEGUNDO: En la cláusula séptima, las partes del contrato acordaron como obligaciones de la **UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014** las siguientes:

“CLÁUSULA SÉPTIMA: DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: EL CONTRATISTA en desarrollo del presente contrato, tendrá los siguientes derechos y obligaciones:

(...)

7.2. OBLIGACIONES:

(...)

7.2.1.30. Responder patrimonialmente cuando el FOSYGA y/o el Ministerio, o quien haga sus veces, sea condenado judicialmente por eventuales errores o deficiencias en el proceso de auditoría atribuibles al Contratista.”

TERCERO: Igualmente, las partes acordaron en la cláusula décima segunda, lo relacionado con la indemnidad del **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL** hoy **ADRES:**

“CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. INDEMNIDAD: Con ocasión de la celebración y ejecución del presente contrato **EL CONTRATISTA** se compromete y acuerda en forma irrevocable a mantener indemne al **MINISTERIO** por cualquier daño o perjuicio originado en reclamaciones de terceros y que se deriven de sus actuaciones o de las de sus subcontratistas o dependientes.”

CUARTO: En el caso que nos ocupa, la entidad promotora de salud demandante demanda a la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES** por el no reconocimiento y pago de recobros por prestación de servicios no incluidos en los planes de beneficios.

¹ Contrato de Consultoría No. 0043 de 2013. Pág. 3.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

QUINTO: ADRES es una entidad del nivel descentralizado creada por el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, que en virtud de los plazos dispuestos en los Decretos No. 1432 de 2016, 2188 de 2016 y 547 de 2017 entró en operación el primero de agosto de 2017 y en consecuencia, fue suprimida la **DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL** del **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**.

SEXTO: El Decreto 1429 de 2016, dispuso en el inciso primero del artículo 27, lo siguiente:

***“Artículo 27. Transferencia de derechos y obligaciones.** Todos los derechos y obligaciones que hayan sido adquiridos por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio Salud y Protección Social, con ocasión de la administración los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA y del Fondo de Salvamento y Garantías para el Salud FONSAET, se entienden transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de seguridad Social en Salud - ADRES.*

Todos los derechos y obligaciones a cargo del FOSYGA pasarán a la Administradora los Recursos del SGSSS (ADRES) una vez sean entregados por Administrador Fiduciario de conformidad con lo establecido en el contrato encargo fiduciario con éste celebrado”

SÉPTIMO: Debido a la supresión de la **DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE FONDOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL** quien administraba los recursos del FOSYGA, los derechos y obligaciones emanados del Contrato de Consultoría No. 0043 de 2013 fueron transferidos a **ADRES**.

OCTAVO: En virtud de lo expuesto y especialmente que en el sub examine se cuestiona por la parte actora el proceso de auditoría, adelantado por la **UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014**, que auditó los recobros objeto de demanda, es procedente acudir a la figura del llamamiento en garantía, pues sobre el particular el artículo 64 del Código General del Proceso consagra lo siguiente:

***“Artículo 64. Llamamiento en garantía.** Quien afirme tener **derecho legal o contractual a exigir de otro la indemnización del perjuicio que llegare a sufrir o el reembolso total o parcial del pago** que tuviere que hacer como resultado de la sentencia que se dicte en el proceso que promueva o se le promueva, o quien de acuerdo con la ley sustancial tenga derecho al saneamiento por evicción, podrá pedir, en la demanda o dentro del término para contestarla, que en el mismo proceso se resuelva sobre tal relación.”* (Resaltado ajeno al texto)

NOVENO: Los hechos que se debaten dentro del presente asunto, esto es la eventual responsabilidad u orden de pagar los recobros relacionados en la demanda, son de aquellos respecto de los cuales por la disposición contractual aludida a la **UNIÓN TEMPORAL**

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.

Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760

www.adres.gov.co

FOSYGA 2014 se comprometió a mantener indemne a mi representada y a asumir su responsabilidad directa.

III. PETICIÓN

Sírvase Señor Juez, citar a las siguientes sociedades en calidad de llamados en garantía como integrantes de la **UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014**:

- **SERVIS OUTSOURCING INFORMÁTICO S.A.S.**, sociedad legalmente constituida, y representada legalmente por el señor **ARMANDO FLORES PINZÓN**, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 3.229.404 o por quien haga sus veces.
- **CARVAJAL TECNOLOGÍA Y SERVICIOS S.A.S.**, sociedad legalmente constituida, y representada legalmente por el señor **JORGE ENRIQUE COTE VELOSA**, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 91.286.219 o por quien haga sus veces.
- **GRUPO ASESORÍA EN SISTEMATIZACIÓN DE DATOS S.A.S. – GRUPO ASD S.A.S.**, sociedad legalmente constituida, y representada legalmente por el señor **ARMANDO FLORES PINZÓN**, mayor de edad e identificado con la cédula de ciudadanía No. 3.229.404 o por quien haga sus veces.

Lo anterior, para que, en el término de la demanda inicial, contados a partir de la notificación personal del auto que admita el llamamiento en garantía e intervenga dentro del proceso de la referencia.

Como consecuencia de lo anterior, sírvase suspender el trámite del proceso en los términos previstos para el efecto en la Ley, a partir de la admisión del llamamiento en garantía.

IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Invoco como fundamentos de derecho los artículos 64, 65 y 66 del Código General del Proceso, artículo 1602 del Código Civil, artículo 145 del Código de Procedimiento Laboral, y demás normas concordantes, así como el Contrato de Consultoría No. 0043 de 2013.

V. PRUEBAS

Solicito tener como prueba documental los siguientes, que se aportan en medio magnético:

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

1. Contrato de Consultoría No. 0043 de 2013.
2. Acta de Inicio del Contrato de Consultoría No. 0043 de 2013.
3. Adiciones No. 1 del Contrato de Consultoría No. 0043 de 2013.
4. Adición No. 2 del Contrato de Consultoría No. 0043 de 2013.
5. Adición No. 3 del Contrato de Consultoría No. 0043 de 2013.
6. Prorroga No. 1 del Contrato de Consultoría No. 0043 de 2013.
7. Certificado de existencia y representación legal de la sociedad **SERVIS OUTSOURCING INFORMÁTICO S.A.S.**
8. Certificado de existencia y representación legal de la sociedad **CARVAJAL TECNOLOGÍA Y SERVICIOS S.A.S.**
9. Certificado de existencia y representación legal de la sociedad **GRUPO ASESORÍA EN SISTEMATIZACIÓN DE DATOS S.A.S. – GRUPO ASD S.A.S.**
10. Contrato de conformación de la **UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014.**
11. Modificación conformación de la **UNIÓN TEMPORAL FOSYGA 2014.**

VI. ANEXOS

1. Adjunto los documentos señalados en el acápite de pruebas.
2. Copia del llamamiento para citación a los llamados en garantía.

VII. NOTIFICACIONES

Los llamados en garantía podrán notificarse a las siguientes direcciones:

- **SERVIS OUTSOURCING INFORMÁTICO S.A.S.**, en la Calle 32 No. 13 – 07 de la ciudad de Bogotá D.C., notificación electrónica: sramos@grupoasd.com.co
- **CARVAJAL TECNOLOGÍA Y SERVICIOS S.A.S.**, en la Calle 29 No. 6 A – 40 de la ciudad de Santiago de Cali.
- **GRUPO ASESORÍA EN SISTEMATIZACIÓN DE DATOS S.A.S. – GRUPO ASD S.A.S.**, en la Calle 32 No. 13 – 07 de la ciudad de Bogotá D.C., notificación electrónica: sramos@grupoasd.com.co

A la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES** en la Calle 26 No. 69 – 76 Edificio Elemento Torre 1, Piso 17 de la ciudad de Bogotá, notificación electrónica notificaciones.judiciales@adres.gov.co

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000-423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co

La suscrita apoderada en la Secretaría de su Despacho y en mi oficina ubicada en la Carrera Séptima No. 17-01 oficina 729 de la ciudad de Bogotá D.C. o a la siguiente dirección de correo electrónico alba.ramos@adres.gov.co

Con profundo respeto y admiración.

ALBA MARCELA RAMOS CALDERON
C.C. No. 38.144.746 de Ibagué (Tolima)
T.P. No. 153.593 del C.S. de la J.

Atención al Ciudadano: Av. Calle 26 # 69 - 76 Torre I, Piso 17, Bogotá D.C.
Teléfonos: 01 8000 423737 - Bogotá: 4322760
www.adres.gov.co