

Señor
Juez Laboral del Circuito de Bogotá (Reparto)
E. S. D.

000003

PROCESO: Acción Ordinaria Laboral
DEMANDANTE: ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.,
ALIANSALUD EPS
DEMANDADO: LA NACION-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL-

2016-00092

JUAN MANUEL DÍAZ-GRANADOS ORTIZ, abogado en ejercicio, portador de la Tarjeta Profesional No. 36.002 del C. S. de la J., actuando en calidad de apoderado judicial de la sociedad ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. ALIANSALUD EPS (en adelante ALIANSALUD), según poder adjunto, por medio del presente escrito, con base en el capítulo XIV del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, me permito ejercer Acción Ordinaria Laboral por el no pago íntegro del valor total de las prestaciones NO POS autorizadas por fallos de tutela o decisiones del Comité Técnico Científico –CTC, las cuales no fueron pagadas a ALIANSALUD por considerar de manera improcedente que las prestaciones se encontraban cubiertas en el POS.

I. DESIGNACION DE LAS PARTES

1. Demandante

Es demandante ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. ALIANSALUD EPS (en adelante ALIANSALUD), sociedad domiciliada en Bogotá, D.C., constituida por escritura pública No. 4195 del 30 de diciembre de 2002 de la Notaría 64 de Bogotá, representada legalmente por el doctor SANTIAGO SALAZAR SIERRA, mayor de edad, domiciliado en Bogotá, identificado con la cédula de ciudadanía No. 10.280.019. Esta entidad se denominaba anteriormente COLMEDICA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. COLMEDICA EPS.

2. Demandados

LA NACION - MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (antes Ministerio de la Protección Social), representado por el Señor Ministro de Salud y Protección Social, doctor Alejandro Gaviria Uribe o por quien haga sus veces al momento de la notificación del auto admisorio de la demanda (en adelante el MINISTERIO).

II. PRETENSIONES

Solicito que en sentencia definitiva se declaren probadas las siguientes pretensiones:

1. Pretensiones Declarativas

PRIMERA. Que se declare la existencia de la obligación de pago en cabeza de la NACION-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL en favor de ALIANSALUD del valor de las prestaciones no cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud - POS, o no financiadas en las Unidades de Pago por Capitación – UPC, que se detallan en el punto siguiente y en la base de datos anexa.

0000026

DÍAZ-GRANADOS &
ABOGADOS CONSULTORES

SEGUNDA. Que se declare la existencia de la obligación en cabeza de la NACION-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL en favor de ALIANSALUD de pago de los servicios de salud NO POS autorizados por fallos de tutela o decisiones del Comité Técnico Científico –CTC, cuyo monto asciende a la suma de \$335.822.128 (más los gastos administrativos), que corresponden a 290 registros glosados de manera improcedente, así:

	GLOSA POS					
	GLOSA TOTAL		GLOSA PARCIAL		SUMA	
	Ítem	Valor	Ítem	Valor	Ítem	Valor
CTC	91	\$83.496.059	27	\$8.010.241	118	\$91.506.300
TUTELA	145	\$242.874.875	27	\$1.440.953	172	\$244.315.828
TOTAL	236	\$326.370.934	54	\$9.451.194	290	\$335.822.128

2. Pretensiones de Condena

Que se condene a LA NACION-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL a pagar a ALIANSALUD el saldo no pagado del valor de las prestaciones NO POS ordenadas por fallos de tutela o decisiones del Comité Técnico Científico –CTC, detalladas a continuación:

Pretensiones por concepto de glosas de carácter total autorizados por fallos de tutela (145 ítems recobrados por servicios NO POS por un valor de \$242.874.875)

Pretensión No.	Radicado Fosyga	Fecha prestación Servicio	Valor Pretensión	Tipo Ident.	Num. Ident. Beneficiario	Fecha Radicación	Fecha de Glosa	Causal de Glosa
001	25072170	02/03/12	237.472	RC	21652264179	13/07/12	12/09/13	1-03
002	25134846	12/03/12	2.528.000	RC	33131711621	14/08/12	28/03/14	1-03
003	25135068	29/05/12	1.400.000	RC	31030568	14/08/12	28/03/14	1-03
004	25134310	30/05/12	2.400.000	RC	1110285324	14/08/12	28/03/14	1-03
005	25134310	30/05/12	1.600.000	RC	1110285324	14/08/12	28/03/14	1-03
006	25133966	29/06/12	2.000.000	CC	19135821	14/08/12	28/03/14	1-03
007	25133966	29/06/12	900.000	CC	19135821	14/08/12	28/03/14	1-03
008	25133966	29/06/12	720.000	CC	19135821	14/08/12	28/03/14	1-03
009	25134311	31/05/12	2.000.000	RC	41438461790	14/08/12	28/03/14	1-03
010	25134311	31/05/12	850.000	RC	41438461790	14/08/12	28/03/14	1-03
011	25134311	31/05/12	800.000	RC	41438461790	14/08/12	28/03/14	1-03
012	25177652	10/05/12	800.000	RC	21652264179	12/09/12	02/08/13	1-03
013	25204953	06/07/12	283.200	TI	96080720758	17/09/12	02/08/13	1-03
014	25205545	05/07/12	298.740	CC	35502666	17/09/12	02/08/13	1-03
015	25205545	05/07/12	275.000	CC	35502666	17/09/12	02/08/13	1-03
016	25205546	01/08/12	275.000	CC	35502666	17/09/12	02/08/13	1-03
017	25205546	01/08/12	292.880	CC	35502666	17/09/12	02/08/13	1-03
018	25272904	23/08/12	332.824	CC	80819808	16/10/12	02/08/13	1-03
019	25313655	27/09/12	3.300.000	TI	95061610597	14/11/12	16/09/13	1-03
020	25313655	27/09/12	900.000	TI	95061610597	14/11/12	16/09/13	1-03
021	25313655	27/09/12	800.000	TI	95061610597	14/11/12	16/09/13	1-03
022	25359639	22/05/12	103.460	CC	21370307	05/12/12	16/09/13	1-03
023	25400989	20/10/12	199.050	CC	31145741	14/12/12	16/09/13	1-03
024	25400989	20/10/12	162.850	CC	31145741	14/12/12	16/09/13	1-03
025	25457680	03/12/12	37.047	CC	19129803	15/01/13	16/09/13	1-03
026	25457681	03/12/12	37.047	CC	1022375078	15/01/13	16/09/13	1-03
027	25457685	10/12/12	66.704	CC	20312050	15/01/13	16/09/13	1-03
028	25457686	10/12/12	66.704	CC	30023040	15/01/13	16/09/13	1-03
029	25457796	06/12/12	82.666	CC	41328192	15/01/13	16/09/13	1-03

Pretensión No.	Radicado Fosyga	Fecha prestación Servicio	Valor Pretensión.	Tipo Ident.	Num. Ident. Beneficiario	Fecha Radicación	Fecha de Glosa	Causal de Glosa
030	25457831	05/10/12	900.000	TI	99102501337	15/01/13	16/09/13	1-03
031	25457831	05/10/12	550.000	TI	99102501337	15/01/13	16/09/13	1-03
032	25457537	09/09/12	400.000	RC	21652264179	15/01/13	16/09/13	1-03
033	25457537	09/09/12	400.000	RC	21652264179	15/01/13	16/09/13	1-03
034	25457537	09/09/12	400.000	RC	21652264179	15/01/13	16/09/13	1-03
035	25506943	26/12/12	1.044.000	CC	80202650	14/02/13	23/09/13	1-03
036	25506943	26/12/12	638.000	CC	80202650	14/02/13	23/09/13	1-03
037	25607882	09/01/13	52.200	CC	19129803	14/03/13	29/10/13	1-03
038	25660279	23/02/13	202.904	CC	52506500	12/04/13	27/11/13	1-03
039	25660764	15/12/12	168.471	CC	41697939	12/04/13	27/11/13	1-03
040	25861638	31/05/13	38.343	TI	99102501337	15/07/13	18/02/14	1-03
041	100302763	04/07/13	393.750	RC	1000364178	13/01/14	09/06/14	601
042	26101099	06/05/13	381.384	RC	1085717959	15/10/13	07/06/14	1-03
043	26200380	23/10/13	38.343	TI	1003489106	06/12/13	31/03/14	1-03
044	100202873	05/11/13	128.832	CC	17174568	13/01/14	09/06/14	601
045	100202960	01/10/13	18.250	CC	41342550	13/01/14	09/06/14	601
046	100203093	23/09/13	316.533	RC	21652264179	13/01/14	09/06/14	601
047	100203249	25/11/13	36.500	CC	15349467	13/01/14	09/06/14	601
048	100366572	11/10/13	36.500	CC	29372856	16/01/14	09/06/14	601
049	100366415	23/07/13	18.250	CC	32679688	16/01/14	09/06/14	601
050	100366437	01/10/13	18.250	CC	32679688	16/01/14	09/06/14	601
051	100366718	18/12/13	32.300	CC	8532036	16/01/14	09/06/14	601
052	105837137	21/12/13	2.603.400	RC	1044220360	15/10/14	03/12/14	701
053	105837147	21/12/13	2.471.640	CC	1140829350	15/10/14	03/12/14	701
054	106441049	16/10/13	46.350	CC	53108305	18/11/14	29/12/14	601
055	106441054	24/12/13	210.000	CC	41600161	18/11/14	29/12/14	601
056	106441241	15/01/14	13.495	CC	79351388	18/11/14	29/12/14	601
057	106441287	24/01/14	210.000	CC	41600161	18/11/14	29/12/14	601
058	106441334	12/02/14	332.440	RC	1122523309	18/11/14	29/12/14	601
059	106441338	29/11/13	210.000	CC	41600161	18/11/14	29/12/14	601
060	106441369	11/02/14	1.732.206	CC	16451450	18/11/14	29/12/14	601
061	106441399	20/11/13	420.200	CC	53108305	18/11/14	29/12/14	601
062	107008414	27/02/14	1.498.720	RC	1041980807	15/12/14	23/02/15	701
063	107008415	14/02/14	2.289.040	TI	1193577028	15/12/14	23/02/15	701
064	107008424	25/03/14	3.809.760	RC	1033187378	15/12/14	23/02/15	601, 701
065	107008446	04/03/14	58.000	CC	91223261	15/12/14	23/02/15	701
066	107008509	11/03/14	2.122.720	RC	1042259002	15/12/14	23/02/15	701
067	107008510	25/02/14	1.997.380	RC	1146534625	15/12/14	23/02/15	701
068	107008511	13/03/14	1.061.360	RC	91857425108	15/12/14	23/02/15	701
069	107008512	25/02/14	3.024.604	RC	1142917508	15/12/14	23/02/15	701
070	107008516	09/04/14	158.008	TI	1001679904	15/12/14	23/02/15	701
071	107008522	29/03/14	2.997.440	TI	1193577028	15/12/14	23/02/15	701
072	107008523	31/03/14	1.321.920	RC	1041980807	15/12/14	23/02/15	701
073	107008526	31/03/14	3.714.760	TI	98071565351	15/12/14	23/02/15	701
074	107008527	31/03/14	2.568.060	RC	1142917508	15/12/14	23/02/15	701
075	107008529	29/03/14	900.760	RC	91857425108	15/12/14	23/02/15	701
076	107008530	31/03/14	1.592.040	RC	1042242680	15/12/14	23/02/15	701
077	107008531	31/03/14	1.997.380	RC	1146534625	15/12/14	23/02/15	701
078	107008532	31/03/14	1.857.380	RC	1042259002	15/12/14	23/02/15	701
079	107008533	07/03/14	2.122.720	RC	31030711371	15/12/14	23/02/15	701
080	107008534	11/03/14	3.007.280	RC	1042255002	15/12/14	23/02/15	701
081	107008550	27/09/13	149.752	CC	41697939	15/12/14	23/02/15	601
082	107008568	07/04/14	81.200	CC	22925157	15/12/14	23/02/15	701
083	107008579	31/03/14	3.909.836	TI	95113006405	15/12/14	23/02/15	701
084	107008583	28/02/14	4.776.120	TI	96040427772	15/12/14	23/02/15	701
085	107008585	31/03/14	3.184.080	RC	1042255002	15/12/14	23/02/15	701
086	107008586	29/03/14	1.592.040	RC	31030711371	15/12/14	23/02/15	701
087	107008636	03/03/14	98.598	CC	19490168	15/12/14	23/02/15	701
088	107008739	31/03/14	1.360.000	RC	1220464164	15/12/14	23/02/15	701
089	107008740	30/04/14	1.292.000	RC	1220464164	15/12/14	23/02/15	701
090	107008860	31/03/14	3.714.760	TI	98081168121	15/12/14	23/02/15	701
091	107008908	22/04/14	83.923	CC	228732	15/12/14	23/02/15	601

Pretensión No.	Radicado Fosyga	Fecha prestación Servicio	Valor Pretensión	Tipo Ident.	Num. Ident. Beneficiario	Fecha Radicación	Fecha de Glosa	Causal de Glosa
092	107008974	31/03/14	3.442.468	CC	1136910857	15/12/14	23/02/15	701
093	107009005	31/03/14	1.365.440	TI	1000255245	15/12/14	23/02/15	701
094	107009006	30/04/14	1.365.440	TI	1000255245	15/12/14	23/02/15	701
095	107009007	30/04/14	4.245.440	TI	98071565351	15/12/14	23/02/15	701
096	107009008	30/04/14	4.565.440	TI	1001874841	15/12/14	23/02/15	701
097	107009010	01/04/14	1.476.080	RC	1025322860	15/12/14	23/02/15	601
098	107009016	24/04/14	219.122	TI	1025320838	15/12/14	23/02/15	701
099	107009020	31/03/14	1.365.440	TI	99050505444	15/12/14	23/02/15	701
100	107009021	30/04/14	1.365.440	TI	99050505444	15/12/14	23/02/15	701
101	107009024	13/05/14	5.859.520	TI	1010038764	15/12/14	23/02/15	701
102	107009025	27/03/14	5.859.520	TI	1010038764	15/12/14	23/02/15	701
103	107009026	30/04/14	4.112.770	TI	98081168121	15/12/14	23/02/15	701
104	107009059	30/04/14	1.482.160	RC	1025062210	15/12/14	23/02/15	701
105	107009060	14/05/14	3.295.980	RC	1145927831	15/12/14	23/02/15	701
106	107009061	20/03/14	3.295.980	TI	1021312664	15/12/14	23/02/15	701
107	107009062	28/03/14	3.295.980	RC	1145927831	15/12/14	23/02/15	701
108	107009063	24/04/14	5.859.520	TI	1010038764	15/12/14	23/02/15	701
109	107009064	30/04/14	3.827.424	TI	1007126469	15/12/14	23/02/15	701
110	107009065	30/04/14	2.697.696	TI	1193577028	15/12/14	23/02/15	701
111	107009066	30/04/14	1.461.252	RC	1041980807	15/12/14	23/02/15	701
112	107009067	30/04/14	3.281.410	RC	1142917508	15/12/14	23/02/15	701
113	107009068	12/04/14	530.680	TI	1002209568	15/12/14	23/02/15	701
114	107009070	30/04/14	2.476.600	RC	1043449865	15/12/14	23/02/15	701
115	107009071	30/04/14	1.141.360	RC	1146534625	15/12/14	23/02/15	701
116	107009072	30/04/14	1.724.710	RC	1042242680	15/12/14	23/02/15	701
117	107009073	30/04/14	1.061.360	RC	91857425108	15/12/14	23/02/15	701
118	107009074	31/03/14	2.454.760	TI	1001679904	15/12/14	23/02/15	701
119	107009075	31/03/14	2.104.080	CC	72334680	15/12/14	23/02/15	701
120	107009076	31/03/14	2.104.080	TI	1001781297	15/12/14	23/02/15	701
121	107009077	28/03/14	2.104.080	RC	1048073520	15/12/14	23/02/15	701
122	107009078	30/04/14	2.104.080	TI	1001825490	15/12/14	23/02/15	701
123	107009079	31/03/14	2.104.080	TI	1001825490	15/12/14	23/02/15	701
124	107009080	30/04/14	2.104.080	RC	1048073520	15/12/14	23/02/15	701
125	107009094	19/03/14	5.428.600	TI	1007296336	15/12/14	23/02/15	701
126	107009095	14/03/14	9.471.400	RC	83152329867	15/12/14	23/02/15	701
127	107009120	20/05/14	2.929.760	TI	1123433577	15/12/14	23/02/15	701
128	107009123	09/04/14	3.295.980	RC	29211643	15/12/14	23/02/15	701
129	107009124	20/05/14	3.442.468	CC	1136910857	15/12/14	23/02/15	701
130	107009125	11/04/14	2.929.760	TI	1123433577	15/12/14	23/02/15	701
131	107009126	19/05/14	3.442.468	TI	1000161114	15/12/14	23/02/15	701
132	107009127	28/03/14	3.295.980	RC	83152329867	15/12/14	23/02/15	701
133	107009128	15/03/14	3.442.468	RC	1030525221	15/12/14	23/02/15	701
134	107009129	12/04/14	3.442.468	RC	1030525221	15/12/14	23/02/15	701
135	107009131	16/04/14	3.295.980	TI	98010659302	15/12/14	23/02/15	701
136	107009132	03/05/14	3.442.468	RC	1030525221	15/12/14	23/02/15	701
137	107009134	30/04/14	3.993.024	TI	95113006405	15/12/14	23/02/15	701
138	107009138	30/04/14	1.857.380	TI	97021415603	15/12/14	23/02/15	701
139	107009139	30/04/14	2.142.088	CC	1045668444	15/12/14	23/02/15	701
140	107009142	30/04/14	3.090.332	CC	1045735198	15/12/14	23/02/15	701
141	107009145	24/04/14	173.513	TI	1003489106	15/12/14	23/02/15	701
142	107009162	08/04/14	58.000	CC	5585927	15/12/14	23/02/15	701
143	107009226	15/04/14	29.000	RC	1110367409	15/12/14	23/02/15	701
144	107009230	23/12/13	682.720	RC	1220464164	15/12/14	23/02/15	701
145	107009231	07/02/14	682.720	RC	1220464164	15/12/14	23/02/15	701
SUB TOTAL			242.874.875					

Se aclara que la causal de la Glosa informada es la definida por las resoluciones del Ministerio de la Protección Social (es de carácter numérico), cuyo significado oficial es:

Código Glosa	Descripción Glosa
1-03	POS - 1-03 - los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el fosyga -
601	La tecnología en salud recobrada está incluida en los planes de beneficios vigentes para la fecha de prestación - La tecnología en salud se encuentra incluida en el POS
701	Lo recobrado corresponde a una exclusión del POS y no se encuentra debidamente justificada en el Acta de CTC u ordenada expresamente en el fallo de tutela - La tecnología recobrada es una exclusion del POS y no se encuentra expresamente ordenada en el fallo de tutela

Por concepto de glosas de carácter parcial autorizadas por fallos de tutela (27 ítems recobrados por servicios NO POS por un valor de \$ 1.440.953)

Pretensión No.	Radicado Fosyga	Fecha prestación Servicio	Valor Pretensión	Tipo Ident.	Num. Ident. Beneficiario	Fecha Radicación	Fecha de Glosa	Causal de Glosa
146	25072448	10/05/12	142.400	TI	1001309790	13/07/12	12/09/13	1-03
147	25151508	28/06/12	81.500	RC	7937524203	15/08/12	28/03/14	1-03
148	25205012	27/07/12	176.800	CC	1019035223	17/09/12	02/08/13	1-03
149	25237387	16/08/12	88.300	CC	51695181	11/10/12	02/08/13	1-03
150	25457745	08/11/12	79.400	CC	90092150185	15/01/13	16/09/13	1-03
151	25457764	13/10/12	79.400	CC	90092150185	15/01/13	16/09/13	1-03
152	25458543	19/11/12	18.250	CC	3044786	15/01/13	16/09/13	1-03
153	25458547	07/12/12	79.400	CC	90092150185	15/01/13	16/09/13	1-03
154	25459359	08/11/12	18.250	CC	8532036	15/01/13	16/09/13	1-03
155	25599592	18/12/12	18.000	CC	1082945918	14/03/13	29/10/13	1-03
156	25659510	18/02/13	18.250	CC	8532036	12/04/13	27/11/13	1-03
157	25661758	04/02/13	18.250	CC	1082945918	12/04/13	27/11/13	1-03
158	25752241	18/03/13	19.000	CC	1082945918	15/05/13	25/01/14	1-03
159	26068923	23/08/13	50.372	TI	99120208841	10/10/13	07/06/14	4-03
160	26038918	12/07/13	52.276	CC	26322385	01/10/13	07/06/14	4-03
161	100366408	25/06/13	14.050	CC	8532036	16/01/14	09/06/14	601
162	100366410	25/07/13	14.050	CC	8532036	16/01/14	09/06/14	601
163	100366862	06/12/13	51.720	CC	31243488	16/01/14	09/06/14	601
164	106441209	20/01/14	66.940	CC	79406645	18/11/14	29/12/14	601
165	107008413	11/03/14	43.500	CC	27904621	15/12/14	23/02/15	701
166	107008575	06/03/14	36.250	CC	32537541	15/12/14	23/02/15	701
167	107009014	02/05/14	77.595	CC	24158008	15/12/14	23/02/15	701
168	107009159	11/04/14	58.000	TI	96070910508	15/12/14	23/02/15	701
169	107009160	28/04/14	43.500	TI	1006017347	15/12/14	23/02/15	701
170	107009163	21/04/14	29.000	RC	1097911724	15/12/14	23/02/15	701
171	107009178	21/04/14	37.500	CC	17116105	15/12/14	23/02/15	701
172	107009223	04/04/14	29.000	CC	1107072169	15/12/14	23/02/15	701
SUB TOTAL			1.440.953					

Se aclara que la causal de la Glosa informada es la definida por las resoluciones del Ministerio de la Protección Social (es de carácter numérico), cuyo significado oficial es:

Código Glosa	Descripción Glosa
1-03	POS - 1-03 - los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el fosyga -
4-03	Como consecuencia del acta de CTC o fallo de tutela se incluyen prestaciones contenidas en los planes de beneficios -

0000030

DÍAZ-GRANADOS &
ABOGADOS CONSULTORES

Código Glosa	Descripción Glosa
601	La tecnología en salud recobrada está incluida en los planes de beneficios vigentes para la fecha de prestación - La tecnología en salud se encuentra incluida en el POS
701	Lo recobrado corresponde a una exclusión del POS y no se encuentra debidamente justificada en el Acta de CTC u ordenada expresamente en el fallo de tutela - La tecnología recobrada es una exclusión del POS y no se encuentra expresamente ordenada en el fallo de tutela

Pretensiones por concepto de glosas de carácter total autorizados por decisiones del Comité Técnico Científico -CTC (91 ítems recobrados por servicios NO POS por un valor de \$ 83.496.059)

Pretensión No.	Radicado Fosyga	Fecha prestación Servicio	Valor Pretensión	Tipo Ident.	Num. Ident. Beneficiario	Fecha Radicación	Fecha de Glosa	Causal de Glosa
173	52489718	24/08/12	659.189	CC	1032418013	11/10/12	02/08/13	1-03
174	53533900	16/11/12	437.706	CC	1032418013	15/01/13	16/09/13	1-03
175	54068781	12/01/13	95.030	CC	19172626	11/03/13	29/10/13	1-03
176	54068781	12/01/13	108.430	CC	19172626	11/03/13	29/10/13	1-03
177	54440921	23/01/13	263.128	CC	41713110	15/04/13	27/11/13	1-03
178	54440935	24/01/13	6.466.888	CC	26656333	15/04/13	27/11/13	1-03
179	54276189	14/02/13	68.500	TI	1000159718	05/04/13	27/11/13	1-03
180	54396682	21/02/13	17.400	CC	79305452	12/04/13	27/11/13	1-03
181	54397228	21/02/13	1.000.000	CC	32651507	12/04/13	27/11/13	1-03
182	54397532	19/03/13	34.843	CC	41713110	12/04/13	27/11/13	1-03
183	54698522	01/04/13	410.960	CC	1032418013	14/05/13	25/01/14	1-03
184	54648164	08/03/13	1.000.000	CC	72173131	10/05/13	25/01/14	1-03
185	54648165	11/03/13	1.000.000	CC	55313114	10/05/13	25/01/14	1-03
186	54648166	01/03/13	1.000.000	CC	36695226	10/05/13	25/01/14	1-03
187	54648266	27/03/13	253.540	CC	37311336	10/05/13	25/01/14	1-03
188	54648267	12/02/13	306.578	CC	70081372	10/05/13	25/01/14	1-03
189	55312464	21/05/13	290.399	CC	2998104	15/07/13	18/02/14	1-03
190	55241013	04/01/13	18.250	CC	22286097	11/07/13	18/02/14	1-03
191	55241013	04/01/13	58	CC	22286097	11/07/13	18/02/14	1-03
192	57027022	13/09/13	18.250	CC	25147974	14/11/13	06/01/14	1-03
193	57340302	30/10/13	5.462.889	TI	96101323185	11/12/13	31/03/14	1-03
194	57385912	04/10/13	350.000	CC	3229155	12/12/13	31/03/14	1-03
195	57295814	07/10/13	51.150	CC	51564068	10/12/13	31/03/14	1-03
196	57377204	13/11/13	51.600	CC	1144146240	12/12/13	31/03/14	1-03
197	57384157	15/10/13	1.900.000	CC	9060414	12/12/13	31/03/14	1-03
198	57384158	20/10/13	1.900.000	CC	1143120446	12/12/13	31/03/14	1-03
199	57384163	26/09/13	1.700.000	CC	7457816	12/12/13	31/03/14	1-03
200	57384164	27/10/13	1.700.000	CC	7457816	12/12/13	31/03/14	1-03
201	57384166	17/10/13	1.700.000	TI	97021021320	12/12/13	31/03/14	1-03
202	57384167	25/09/13	1.700.000	CC	8715293	12/12/13	31/03/14	1-03
203	57384168	25/08/13	1.700.000	CC	8715293	12/12/13	31/03/14	1-03
204	57384174	15/10/13	1.229.300	CC	19080385	12/12/13	31/03/14	1-03
205	57373170	01/10/13	2.250.000	CC	79733452	12/12/13	31/03/14	1-03
206	57373171	31/10/13	2.325.000	TI	96092426626	12/12/13	31/03/14	1-03
207	57373173	31/10/13	836.000	CC	79756171	12/12/13	31/03/14	1-03
208	57373174	28/10/13	1.500.000	CC	79148938	12/12/13	31/03/14	1-03
209	57373178	31/10/13	2.325.000	CC	80221468	12/12/13	31/03/14	1-03
210	57373179	31/10/13	2.325.000	CC	88284529	12/12/13	31/03/14	1-03
211	57373180	31/10/13	722.000	CC	1032364612	12/12/13	31/03/14	1-03
212	57373181	31/10/13	3.255.000	TI	97052906303	12/12/13	31/03/14	1-03
213	57381094	29/07/13	529.738	CC	19119688	12/12/13	31/03/14	1-03
214	57380447	02/10/13	9.495.212	CC	494379	12/12/13	31/03/14	1-03
215	57385903	11/10/13	390.000	CC	80871476	12/12/13	31/03/14	1-03
216	57385903	11/10/13	1.080.000	CC	80871476	12/12/13	31/03/14	1-03

000000

DÍAZ-GRANADOS &
ABOGADOS CONSULTORES

31

Pretensión No.	Radicado Fosyga	Fecha prestación Servicio	Valor Pretensión	Tipo Ident.	Num. Ident. Beneficiario	Fecha Radicación	Fecha de Glosa	Causal de Glosa
217	57385904	11/09/13	1.080.000	CC	80871476	12/12/13	31/03/14	1-03
218	57385904	11/09/13	390.000	CC	80871476	12/12/13	31/03/14	1-03
219	57186317	18/10/13	235.013	CC	41359535	04/12/13	31/03/14	1-03
220	57294935	17/10/13	87.450	CC	17322020	10/12/13	31/03/14	1-03
221	57294935	17/10/13	161.030	CC	17322020	10/12/13	31/03/14	1-03
222	100107257	28/10/13	225.000	CC	79335121	13/01/14	09/06/14	601
223	100106694	18/11/13	15.950	CC	24942430	13/01/14	09/06/14	601
224	100207317	30/09/13	6.482	CC	20177598	13/01/14	09/06/14	601
225	100318862	29/11/13	18.250	CC	52427579	15/01/14	09/06/14	601
226	100107330	18/11/13	87.450	CC	91151267	13/01/14	09/06/14	601
227	100107330	18/11/13	161.030	CC	91151267	13/01/14	09/06/14	601
228	100400289	28/11/13	60.000	CC	22285831	16/01/14	09/06/14	601
229	100400289	28/11/13	74.320	CC	22285831	16/01/14	09/06/14	601
230	106362793	11/10/13	1.975.252	CC	19059459	18/11/14	29/12/14	601, 2005
231	106364221	06/12/13	23.778	CC	645150	18/11/14	29/12/14	601
232	106923976	06/03/14	86.970	CC	1136910387	15/12/14	23/02/15	601
233	106924104	31/03/14	5.030.310	TI	96101323185	15/12/14	23/02/15	702
234	106923923	14/03/14	87.450	CC	17322020	15/12/14	23/02/15	601
235	106923923	14/03/14	161.030	CC	17322020	15/12/14	23/02/15	601
236	107005674	30/04/14	5.030.310	TI	96101323185	15/12/14	23/02/15	702
237	107005676	03/04/14	127.060	CC	20331470	15/12/14	23/02/15	601
238	107005676	03/04/14	264.060	CC	20331470	15/12/14	23/02/15	601
239	107005742	23/04/14	92.000	CC	20330721	15/12/14	23/02/15	601
240	107005742	23/04/14	128.900	CC	20330721	15/12/14	23/02/15	601
241	51575303	24/05/12	73.966	CC	16476329	12/07/12	12/09/13	1-03
242	51575969	19/04/12	67.035	CC	30023040	12/07/12	12/09/13	1-03
243	51592694	24/05/12	80.466	CC	51560924	13/07/12	12/09/13	1-03
244	51592794	23/05/12	636.070	CC	8693599	13/07/12	12/09/13	1-03
245	51970994	19/01/12	800.000	CC	43568801	15/08/12	28/03/14	1-03
246	52149260	26/07/12	72.235	CC	17005486	12/09/12	02/08/13	1-03
247	52147100	24/07/12	1.054.329	CC	63315462	12/09/12	02/08/13	1-03
248	52147153	12/07/12	77.892	CC	27903552	12/09/12	02/08/13	1-03
249	52492009	23/08/12	51.435	CC	31269347	11/10/12	02/08/13	1-03
250	52492044	14/08/12	67.899	CC	32105497	11/10/12	02/08/13	1-03
251	52633907	23/08/12	72.235	CC	20163240	16/10/12	02/08/13	1-03
252	52634008	17/09/12	80.410	CC	5640847	16/10/12	02/08/13	1-03
253	52634192	16/08/12	93.840	CC	7442631	16/10/12	02/08/13	1-03
254	52634266	13/08/12	348.000	CC	1020717508	16/10/12	02/08/13	1-03
255	52627663	31/07/12	581.389	CC	4324792	16/10/12	02/08/13	1-03
256	52863961	08/10/12	60.204	CC	19058184	14/11/12	16/09/13	1-03
257	52864097	20/09/12	73.966	CC	9510602	14/11/12	16/09/13	1-03
258	52865545	27/09/12	72.235	CC	11280095	14/11/12	16/09/13	1-03
259	52885076	04/10/12	72.235	CC	79148208	14/11/12	16/09/13	1-03
260	53224204	18/10/12	80.466	CC	4976863	14/12/12	16/09/13	1-03
261	53224351	07/09/12	63.272	CC	34041601	14/12/12	16/09/13	1-03
262	53224535	08/11/12	3.350.000	CC	71768208	14/12/12	16/09/13	1-03
263	54115280	29/01/13	30.347	RC	1014596537	14/03/13	29/10/13	1-03
SUB TOTAL			83.496.059					

Se aclara que la causal de la Glosa informada es la definida por las resoluciones del Ministerio de la Protección Social (es de carácter numérico), cuyo significado oficial es:

Código Glosa	Descripción Glosa
1-03	POS - 1-03 - los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el fosyga -
601	La tecnología en salud recobrada está incluida en los planes de beneficios vigentes para la fecha de prestación - La tecnología en salud se encuentra incluida en el POS

Código Glosa	Descripción Glosa
701	Lo recobrado corresponde a una exclusión del POS y no se encuentra debidamente justificada en el Acta de CTC u ordenada expresamente en el fallo de tutela - La tecnología recobrada es una exclusion del POS y no se encuentra expresamente ordenada en el fallo de tutela
2005	El Criterio Observado será incluido para el proceso de Auditoría Concurrente - CONTROL PACIENTES HEMOFILICOS Y REMATOIDEOS.

Por concepto de glosas de carácter parcial autorizadas por decisiones del Comité Técnico Científico -CTC (27 ítems recobrados por servicios NO POS por un valor de \$ 8.010.241)

Pretensión No.	Radicado Fosyga	Fecha prestación Servicio	Valor Pretensión	Tipo Ident.	Núm. Ident. Beneficiario	Fecha Radicación	Fecha de Glosa	Causal de Glosa
264	53525425	06/11/12	18.250	CC	41753726	15/01/13	16/09/13	4-03
265	54397376	11/02/13	11.100	CC	1015442714	12/04/13	27/11/13	1-03
266	54700360	01/03/13	16.600	CC	1020767524	14/05/13	25/01/14	1-03
267	54648189	03/04/13	18.250	CC	41369334	10/05/13	25/01/14	1-03
268	55240586	02/05/13	1.612.086	CC	31260278	11/07/13	18/02/14	1-03
269	55240745	04/06/13	18.250	CC	41369334	11/07/13	18/02/14	1-03
270	55241004	03/01/13	10.950	CC	51597633	11/07/13	18/02/14	1-03
271	55241016	06/02/13	10.950	CC	51597633	11/07/13	18/02/14	1-03
272	100208138	12/11/13	10.950	TI	1000156845	13/01/14	09/06/14	601
273	106362730	09/12/13	60.269	CC	1014197689	18/11/14	29/12/14	601
274	107005474	21/02/14	52.380	CC	17127184	15/12/14	23/02/15	601
275	51545237	19/04/12	257.384	CC	79781902	11/07/12	12/09/13	1-03
276	51545239	26/04/12	249.520	CC	17174204	11/07/12	12/09/13	1-03
277	51545241	25/04/12	85.000	CC	17014945	11/07/12	12/09/13	4-03
278	51575419	23/05/12	106.600	CC	20132545	12/07/12	12/09/13	4-03
279	51576085	28/05/12	79.400	CC	20057875	12/07/12	12/09/13	1-03
280	52265358	06/08/12	306.000	CC	41422617	17/09/12	02/08/13	1-03
281	52265364	08/08/12	108.750	CC	20132545	17/09/12	02/08/13	1-03
282	52265423	26/07/12	32.600	RC	1126864865	17/09/12	02/08/13	1-03
283	52634256	13/09/12	17.000	CC	8634984	16/10/12	02/08/13	1-03
284	52855660	19/09/12	15.045	CC	1784914	14/11/12	16/09/13	1-03
285	53224768	06/10/12	18.250	CC	4250552	14/12/12	16/09/13	1-03
286	54274013	03/09/12	15.880	CC	3046003	05/04/13	20/06/13	1-03
287	53574508	21/11/12	3.650	CC	1784914	01/02/13	23/09/13	1-03
288	53574568	19/10/12	3.650	CC	1784914	01/02/13	23/09/13	1-03
289	53574356	16/11/12	4.031.477	CC	39693039	01/02/13	23/09/13	1-03
290	54116649	08/01/13	840.000	CC	39536070	14/03/13	29/10/13	1-03, 4-03

SUB TOTAL

8.010.241

Se aclara que la causal de la Glosa informada es la definida por las resoluciones del Ministerio de la Protección Social (es de carácter numérico), cuyo significado oficial es:

Código Glosa	Descripción Glosa
1-03	POS - 1-03 - los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el fosyga -
4-03	Como consecuencia del acta de CTC o fallo de tutela se incluyen prestaciones contenidas en los planes de beneficios -
601	La tecnología en salud recobrada está incluida en los planes de beneficios vigentes para la fecha de prestación - La tecnología en salud se encuentra incluida en el POS

La pretensión económica se concreta a la suma mencionada o a la suma mayor o menor que resulte probada en el proceso.

PRETENSIÓN 291. Que se condene a LA NACION-MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL al pago a favor de ALIANSALUD de los gastos administrativos inherentes a la gestión y manejo de las prestaciones no cubiertas por el POS. Según lo previsto en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 los gastos administrativos de las EPS corresponden al diez por ciento (10%) del valor del servicio prestado, razón por la cual la suma a ser reconocida asciende a \$33.582.212.

PRETENSIÓN 292. Que se condene a la demandada al pago de intereses de mora liquidados sobre el valor de cada uno de los ítems a que se refiere la pretensión segunda, desde el momento en que debieron ser pagados (a los 2 meses siguientes a la radicación del recobro según el artículo 13 de la Resolución 3099 de 2008 del Ministerio de Protección Social, el artículo 35 de la Resolución 5395 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que lo modifique o sustituya) hasta la fecha del fallo, calculados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, conforme lo dispone el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

PRETENSIÓN 293. Que en subsidio de la pretensión anterior se condene a la demandada al pago del ajuste por inflación sobre el valor de cada uno de los ítems a que se refiere la pretensión segunda, desde el momento en que debieron ser pagados (a los 2 meses siguientes a la radicación del recobro según el artículo 13 de la Resolución 3099 de 2008 del Ministerio de Protección Social, el artículo 35 de la Resolución 5395 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o la norma que lo modifique o sustituya o la norma que lo modifique o sustituya) hasta la fecha del fallo, calculado conforme a la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) aplicable al periodo según corresponda.

PRETENSIÓN 294. Que se condene a la demandada al pago de costas y agencias en derecho.

III. HECHOS DE LA DEMANDA

1. ALIANSALUD, en estricto acatamiento al derecho fundamental a la vida de sus afiliados, suministró servicios NO POS ordenados por fallos de tutela de carácter integral y decisiones del Comité Técnico Científico –CTC, los pagó al respectivo proveedor.
2. ALIANSALUD presentó ante el FOSYGA para su reembolso, los recobros correspondientes a los anteriores servicios.
3. Del total de recobros presentados por ALIANSALUD por el período indicado, 290 ítems que formaban parte de dichos recobros fueron objeto de glosas totales o parciales improcedentes que impidieron el pago de los servicios prestados por un valor total de \$335.822.128.
4. Los recobros objeto de las glosas improcedentes, referidos en el numeral anterior, se detallan de manera específica e individual en el acápite de Pretensiones del presente escrito.
5. La anterior cifra general está compuesta por las glosas de carácter TOTAL, es decir aquellas que afectan a la totalidad de ítems que incorpora un recobro y por las

glosas de carácter PARCIAL, en las cuales se objeta una parte del recobro y unos ítems se pagaron a la EPS y otros no.

6. En el presente caso, tanto la glosa total como la parcial se refiere a la negación del derecho de ALIANSALUD al reembolso por servicios NO POS suministrados a sus afiliados, por cuanto se considera erradamente que el respectivo servicio no fue ordenado en el fallo de tutela o se encuentra cubierto por el POS.
7. En el cuadro siguiente se presentan los tipos de medicamentos que no están cubiertos por el POS, por lo cual debieron ser reembolsados a ALIANSALUD. En la base de datos cada uno de los ítems glosados que corresponden a estos medicamentos se agrupa y se identifica con el número y el nombre del servicio NO POS.

GRUPO: MEDICAMENTOS

Sub Grupo	Servicio	Cantidad Tutelas	Cantidad CTC	Cantidad Total
1	MEDICAMENTOS CON PRINCIPIO ACTIVO NO POS	5	2	7
2	MEDICAMENTOS CON PRINCIPIO ACTIVO POS CON FORMA FARMACÉUTICA DIFERENTE	3	3	6
4	MEDICAMENTOS CON INDICACION DIFERENTE A LA DEL POS	1	4	5
5	MEDICAMENTOS NO POS A LA FECHA DEL SERVICIO	1		1
Total general		10	9	19

8. Las siguientes clases de procedimientos no están cubiertos por el POS, por lo cual debieron ser reembolsados a ALIANSALUD. En la base de datos cada uno de los ítems glosados que corresponden a estos procedimientos se agrupa y se identifica con el número y el nombre del servicio NO POS.

GRUPO: PRESTACIONES O PROCEDIMIENTOS

Sub Grupo	Servicio	Cantidad Tutelas	Cantidad CTC	Cantidad Total
9	PROCEDIMIENTO NO POS	12	30	42
10	EXAMENES ESPECIALIZADOS NO POS	1	5	6
11	PROCEDIMIENTOS DERIVADOS DE PROCEDIMIENTOS NO POS		1	
15	IMPLANTE COCLEAR	23	4	27
17	INTERNACION PSIQUIATRICA		1	1
18	TRATAMIENTO INTEGRAL DE ADICCIONES		13	
21	TERAPIAS ABA Y OTRAS TERAPIAS EDUCATIVAS	76	3	
33	TRANSPORTE	1		1
Total general		113	57	170

9. En el siguiente cuadro relaciona los insumos y otros servicios NO POS que fueron erróneamente considerados como parte de la cobertura del POS y por ello se

glosaron a ALIANSALUD impidiéndole obtener el reembolso de los pagos efectuados a los proveedores para la atención de sus afiliados. Igualmente en la base de datos se identifica cada ítem con el número y descripción correspondiente.

GRUPO: INSUMOS

Sub Grupo	Servicio	Cantidad Tutelas	Cantidad CTC	Cantidad Total
23	INSUMOS NO POS	49	52	101
Total general		49	52	101

10. Como resultado del trámite de recobros que culmina con un pago a la EPS, así sea parcial, los documentos soporte, tales como la sentencia de tutela, el resumen de la epicrisis y la factura, entre otros, son archivados por orden del Ministerio de Salud y la Protección Social en el archivo del FOSYGA.
11. En concordancia con el punto anterior, la documentación que entregó ALIANSALUD para la obtención del pago de los recobros en cuestión, respecto de los recobros objetados de manera parcial no le fue devuelta, por lo cual tales soportes permanecen en poder del Ministerio de Salud y la Protección Social.
12. Por el contrario, tratándose de las glosas totales de los recobros presentados, los documentos fueron devueltos a ALIANSALUD, por lo cual los mismos reposan en poder de mi representada.
13. La Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, dependencia del Ministerio de Salud y Protección Social tiene dentro de sus funciones la administración del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.
14. ALIANSALUD ha incurrido en gastos administrativos para administrar el suministro de prestaciones No POS, que le competen al Estado y, que desbordan el ámbito de acción y responsabilidad de las EPS, que comprenden:
 - Gastos administrativos por atención del usuario y manejo de las tutelas y los Comités Técnico Científicos – CTC.
 - Gastos administrativos para el trámite de los recobros.
15. ALIANSALUD y su personal tuvo que dedicar tiempo y recursos para la adecuada prestación de servicios no POS, los cuales no se encontraban a su cargo.
16. El Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA tiene a su cargo el reembolso de los costos de los servicios de salud no POS a favor de las EPS.
17. El FOSYGA no ha reconocido a ALIANSALUD los gastos administrativos derivados de la prestación de servicios que no estaban a su cargo, por encontrarse por fuera de los servicios incluidos en el POS.
18. ALIANSALUD radicó ante el Ministerio de Salud y Protección Social el día 21 de mayo de 2015 (número de radicado 201542300848252) la Reclamación Administrativa a que se refiere el artículo 6 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social.
19. Luego de presentar la reclamación administrativa mencionada en el numeral anterior, ALIANSALUD realizó una depuración de la información, lo que generó una

disminución en el número de recobros que deben ser reconocidos a favor de ALIANSALUD.

20. El no pago de los recobros a que se refiere esta demanda ha producido perjuicios a ALIANSALUD que deben ser resarcidos.

IV. FUNDAMENTOS DE DERECHO

1. ASPECTOS RELEVANTES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LOS RECOBROS GLOSADOS A ALIANSALUD

- 1.1. La atención en salud es un servicio público a cargo del Estado (Artículo 49 de la Constitución Política) y es una obligación del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional (Artículo 365 de la Constitución Política).
- 1.2. La prestación del servicio público de seguridad social se fundamenta en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Adicionalmente, se prevé la participación de los particulares para su prestación (Artículo 48 de la Constitución Política).
- 1.3. El Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS fue regulado por la Ley 100 de 1993 y sus disposiciones complementarias, las cuales previeron un sistema de aseguramiento.
- 1.4. Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, que pueden ser entidades públicas, mixtas o privadas, asumen la función de aseguramiento, ya que, entre otras, tienen como obligación propia cubrir el Plan Obligatorio de Salud (en adelante POS), para sus afiliados (artículo 156, literal e y artículo 177 de la Ley 100 de 1993).

“ARTÍCULO 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

(...)

e) Las Entidades Promotoras de Salud tendrán a cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios de las Instituciones Prestadoras. Ellas están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5 del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el Plan Obligatorio de Salud, en los términos que reglamente el gobierno; (se destaca)

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

- 1.5. La función de aseguramiento de las EPS fue ratificada por la Ley 1122 de 2007, cuyo artículo 14, denominado organización del aseguramiento, dispuso en su parte pertinente:
- "Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento"*
- 1.6. Todos los afiliados al sistema de seguridad social en salud tienen derecho a los servicios previstos en el POS (artículo 156, literal c de la Ley 100 de 1993).
- "ARTÍCULO 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;"*
- 1.7. El POS era definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS (artículo 172 numeral 1º de la Ley 100 de 1993). A partir de la Ley 1122 de 2007 esta competencia pertenece a la Comisión de Regulación en Salud, CRES, y, finalmente, mediante Decretos 4107 de 2011 y 2562 de 2012, la competencia para definir y modificar el POS fue atribuida al Ministerio de Salud y Protección Social.
- 1.8. Anteriormente el POS estaba compuesto por: (i) las actividades, intervenciones y procedimientos, establecidos en la Resolución 5261 de 1994 (adoptados inicialmente por el Acuerdo 008 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) y (ii) los medicamentos contenidos taxativamente en el Acuerdo 228 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
- 1.9. La CRES mediante Acuerdo 8 de 2009 estableció un nuevo POS, con efecto desde el 1 de enero de 2010.
- 1.10. Luego la CRES instituyó un nuevo POS mediante el Acuerdo 029 de 2011, en vigor desde 1 de enero de 2012.
- 1.11. Posteriormente por Resolución 5521 de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social actualizó integralmente el POS con vigencia a partir del 1 de enero de 2014.
- 1.12. En todas sus versiones el POS está compuesto por una lista de carácter taxativo que delimita las obligaciones a cargo de las EPS como sujetos intervinientes en la adecuada prestación de los servicios de salud.
- 1.13. La contraprestación que reciben las EPS por la cobertura del POS en favor de sus afiliados es la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la cual también era definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (artículo 156, literal f y artículo 182 de la Ley 100 de 1993), función que luego se trasladó a la CRES y, finalmente, se atribuyó al Ministerio de Salud y Protección Social.

"ARTÍCULO 156. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá las siguientes características:

(...)

f) Por cada persona afiliada y beneficiaria, la Entidad Promotora de Salud recibirá una Unidad de Pago por Capitación - UPC - que será establecida periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud;" (se destaca).

"ARTÍCULO 182. DE LOS INGRESOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud". (Se destaca)

1.14. La UPC no cubre ni remunera los servicios no cubiertos dentro del POS, ni tampoco los gastos que se requieren para la administración de dichos servicios ni su financiamiento temporal, cargas ajenas a la función de aseguramiento. En tal virtud, la UPC cubre las prestaciones incluidas en el POS y su pago a las EPS implica para dichas entidades la obligación correlativa de asumir exclusivamente los servicios y medicamentos incluidos en dicho plan. Aquellas prestaciones NO POS deberán ser asumidas en principio por el afiliado, o de forma subsidiaria por el Estado - Ministerio de Salud y Protección Social.

1.15. Lo anterior ha sido corroborado por la jurisprudencia de la Corte Constitucional en diversos pronunciamientos. Así por ejemplo, en Sentencia C-828 de 2001 expresó que la UPC representa no sólo el pago por los servicios administrativos de las EPS sino también el cálculo de los costos para la prestación del servicio de salud en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería:

"De otro lado, el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud crea una serie de relaciones interdependientes entre las instituciones que lo integran y define la UPC como centro del equilibrio financiero. La Unidad de Pago por Capitación no representa simplemente el pago por los servicios administrativos que prestan las EPS sino representa en especial, el cálculo de los costos para la prestación del servicio de salud en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. Esto significa, la prestación del servicio en condiciones de homogenización y optimización." (Se destaca)

1.16. En el mismo sentido se pronunció la Corte Constitucional, al señalar el imperativo equilibrio que requiere la relación entre el POS y la UPC, en la Sentencia T-760 de 2008:

"La UPC debe mantener su capacidad de financiar los planes de beneficios y debe ser definida en concordancia con la actualización del mismo, de lo

contrario, se desprotege el derecho a la salud de las personas y se amenaza el goce efectivo del mismo."

Lo expuesto permite sostener, sin lugar a dudas, que todo aquello que se considere cubierto por el POS imperativamente tiene que ser costeado en la UPC para que sea exigible a la EPS. Por tanto si se llegare a exigir a las EPS prestar servicios no costeados por la UPC se generaría un desequilibrio económico en contra de la EPS que debe ser enmendado.

- 1.17. El diseño original del sistema se definió para reconocer, en principio, únicamente los beneficios que se encontraban dentro del POS. Los desarrollos reglamentarios y jurisprudenciales posteriores extendieron la posibilidad para que en, ciertos casos, los afiliados pudiesen acceder a beneficios no cubiertos por el plan.
- 1.18. El deudor de la obligación de suministrar los servicios no contemplados en el POS es del Estado. Así lo establece el artículo 28 del Decreto 806 de 1998 para el régimen contributivo:

"ARTICULO 28. BENEFICIOS DE LOS AFILIADOS AL REGIMEN CONTRIBUTIVO. El Régimen Contributivo garantiza a sus afiliados cotizantes los siguientes beneficios:

(..)

PARAGRAFO. Cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes". (Se destaca).

Sin embargo, la construcción jurisprudencial de la Corte Constitucional extendió el deber que corresponde a las EPS de suministrar dichos servicios con el derecho a recobrar su importe, como se expresa en los puntos siguientes.

- 1.19. La jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de derecho a la salud dispuso inicialmente que por su conexidad con el derecho a la vida, se tornaba en fundamental y, posteriormente, consideró que la salud era un derecho fundamental en sí mismo (Sentencias C-463 de 2008 y T-760 de 2008).
- 1.20. Como consecuencia de lo anterior, cuando un paciente requiere con necesidad un servicio por fuera del POS tiene el derecho a que el Sistema de Salud (Estado) le brinde la prestación requerida. La Corte Constitucional precisó que la EPS debe ser el instrumento para facilitar el goce efectivo del derecho a la salud, por lo que dispuso que la EPS debe suministrar el respectivo servicio. Así, lo manifestó en la sentencia SU-480 de 1997:

"Y, si está de por medio la vida del paciente, la EPS tiene la obligación de entregar la medicina que se señale aunque no esté en el listado". (Se destaca)

- 1.21. En dicha sentencia se señala expresamente que la EPS tiene un derecho constitucional a obtener el reembolso de los pagos por concepto de servicios NO POS, en los siguientes términos:

"Pero, como se trata de una relación contractual, 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." (Se destaca)

En este sentido, las EPS son un instrumento para la prestación de lo NO POS, pero no están en la obligación de asumir servicios, pues es el Estado quien tiene la titularidad.

- 1.22. La Corte Constitucional ha refrendado en varias oportunidades el derecho de recobro de la EPS cuando el servicio no está cubierto por el POS o financiado por la UPC. En tal sentido se pronunció la Sentencia T-760 de 2008:

"Dadas las reglas del actual Sistema de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, tienen un derecho constitucional al recobro, por concepto de los costos que no estén financiados mediante las unidades de pago por capitación (UPC). Para garantizar el derecho a la salud de los usuarios, el cual depende del flujo oportuno de recursos en el sistema, el procedimiento de recobro debe ser claro, preciso, ágil." (Se destaca)

- 1.23. Por ser un derecho fundamental para acceder a servicios de salud por fuera del POS procede la acción de tutela.

- 1.24. Los fallos de tutela pueden revestir diversos alcances en relación con la protección al derecho del paciente, según disponga el juez, lo cual se concreta en la parte resolutive de la sentencia, a saber:

- Fallos en los cuales el juez ordena el suministro de un determinado medicamento o la práctica de una cirugía o procedimiento, identificándolos claramente en la sentencia. En este caso la EPS da cumplimiento al fallo mediante la atención al paciente brindando lo que fue ordenado.
- Fallos en los cuales el juez ordena suministrar el tratamiento integral que requiera el paciente, precisando que dicho tratamiento comprende todos los servicios de salud que necesite. Nótese que en esta clase de sentencias no hay una identificación de todos y cada uno de los servicios que deben ser provistos al paciente. Por tanto, si el médico prescribe servicios de salud referidos a la patología o conexos con la misma o que se relacionen con complicaciones, el paciente tiene el derecho a la protección de la sentencia de tutela y la EPS se encuentra obligada a suministrarlos so pena de desacato. Si estos servicios no se encuentran cubiertos por el POS, la EPS tiene derecho a obtener su reembolso.
- Fallos en los cuales el juez dicta la sentencia en los términos indicados en el punto anterior, pero sin circunscribir los servicios a prestaciones estrictamente de salud, caso en el cual la sentencia le permite al paciente exigir a la EPS todas aquellas prestaciones de salud o de otro tipo, si son ordenadas por el médico, tales como pañales, jabones, cremas humectantes, transporte, alimentación, acompañamiento, etc. La EPS se encuentra obligada a suministrar la correspondiente prestación so pena de desacato. Si estos servicios no se encuentran cubiertos por el POS, la EPS tiene derecho a obtener su reembolso.

- 41
- 1.25. Los fallos de tutela, independientemente del alcance de las órdenes del juez, son de obligatorio cumplimiento para la EPS y, por supuesto, para la Nación y el Ministerio de Salud y Protección Social (artículo 86 de la Constitución Nacional y artículo 52 del Decreto 2591 de 1991), por lo cual su reembolso es una obligación a su cargo frente a la EPS
 - 1.26. Como resultado de solicitudes recobros presentadas por ALIANSALUD para su pago por concepto de prestaciones NO POS otorgadas por fallos de tutela, se han formulados glosas que niegan el recobro bajo el argumento de que la prestación específica no fue ordenada por el fallo de tutela o que la prestación se encuentra en el POS.
 - 1.27. El Ministerio de Salud de entonces, mediante la Resolución 5061 de 1997 habilitó a los Comités Técnico Científicos – CTC para autorizar medicamentos no POS, lo cual fue reiterado por el literal j, artículo 14 de la ley 1122 de 2007.
 - 1.28. Luego la Resolución 3099 de 2008 precisó las funciones de los CTC:
“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)”.*
 - 1.29. La Resolución 5395 de 2013 que rige a partir del 24 de diciembre de 2013 y deroga la Resolución 3099 de 2008, dispuso en su artículo 7 la funciones de los comités técnico científicos, estableciendo en el numeral primero de dicho artículo la siguiente función:
“1. Aprobar o desaprobar las tecnologías en salud no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, ordenadas por los médicos tratantes de los afiliados.”
 - 1.30. En sentencia C-463 de 2008 de la Corte Constitucional, dispuso que el Comité Técnico Científico (CTC) tenía facultades para autorizar no sólo los medicamentos no POS sino todos los servicios no POS que requiera un usuario siempre que el médico tratante así los hubiere prescrito.
 - 1.31. El POS era definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS (artículo 172 numeral 1º de la Ley 100 de 1993). El POS estaba compuesto por: (i) las actividades, intervenciones y procedimientos, establecidos en la Resolución 5261 de 1994 (adoptados inicialmente por el Acuerdo 008 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) y (ii) los medicamentos contenidos taxativamente en el Acuerdo 228 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.
 - 1.32. A partir de la Ley 1122 de 2007 esta competencia se asignó a la Comisión de Regulación en Salud, CRES, la cual emitió los siguientes planes:

- Acuerdo 8 de 2009 aclaró y actualizó integralmente el POS de los regímenes contributivo y subsidiado, con efecto desde el 1 de enero de 2010 (rigió hasta el 31 de diciembre de 2011)
 - Acuerdo 29 de 2011 que rigió desde 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2013.
- 1.33. Los Decretos 4170 de 2011 y 2562 de 2013 atribuyeron al Ministerio de Salud y Protección Social la facultad de definir el POS. Este Ministerio expidió la Resolución 5521 de 2013, la cual definió el POS con vigencia a partir del 1 de enero de 2014.
- 1.34. En relación con el alcance del POS también vale la pena anotar que por disposición legal la cobertura se limita a condiciones de tecnología media en salud (artículo 182 de la Ley 100 de 1993).
- 1.35. Durante la vigencia de las anteriores normas, ALIANSALUD, en estricto acatamiento al derecho fundamental a la vida de sus afiliados, suministró servicios NO POS ordenados por fallos de tutela de carácter integral, los pagó al respectivo proveedor y presentó los recobros correspondientes ante el FOSYGA.
- 1.36. La estructura general del POS está prevista en el artículo 4 del Acuerdo 8, de la siguiente manera:

"ARTICULO 4. ESTRUCTURA DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD POS: El Plan Obligatorio de Salud se compone de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales y equipos y dispositivos biomédicos, para la atención de cualquier grupo poblacional y para todas las patologías de acuerdo con las coberturas señaladas en el presente Acuerdo. Hacen parte también de la estructura del POS las Guías de Atención Integral establecidas en el presente Acuerdo". (se destaca)

El Acuerdo 8 de 2009 prevé las coberturas mediante listados taxativos estableciendo los siguientes grupos de coberturas:

- Medicamentos (identificados en el anexo o listado No. 1).
 - Actividades, procedimientos e intervenciones (identificados en el anexo o listado No. 2).
 - Insumos y dispositivos (los cuales no tienen una lista autónoma, sino que están identificados en el listado de Actividades, procedimientos e intervenciones del anexo No. 1)
- 1.37. El Acuerdo 29 de 2011 definió en el artículo 2 el Plan Obligatorio de Salud en el siguiente sentido:

"Es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud."

- 1.38. En el mismo sentido se pronuncia la 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

00002

DÍAZ-GRANADOS &
ABOGADOS CONSULTORES

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”.

- 1.39. El Acuerdo 29 de 2011 de la CRES define la estructura del POS en listas de procedimientos y de medicamentos cubiertos, de suerte que todo aquello que no se encuentre en los listados no tendrá cobertura del POS. Así lo señalan los artículos 7 y 80 del Acuerdo 29 de 2011.

El artículo 7 dispone que las EPS tienen la obligación de garantizar los servicios incluidos en el Acuerdo:

“ARTÍCULO 7. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. Las entidades promotoras de salud deberán garantizar a los afiliados el acceso efectivo al Derecho a la Salud a través de la prestación de las tecnologías en salud incluidas en el presente Acuerdo”.

Por su parte el artículo 80 señala que los servicios cubiertos en el POS son los relacionados en los listados contenidos en el Anexo No. 1 (medicamentos del POS), el Anexo No. 2 (procedimientos del POS) y Anexo No. 3 (régimen de transición del régimen subsidiado).

“ARTÍCULO 80. ANEXOS. Los Listados de Principios Activos y Medicamentos, Procedimientos y Servicios, que están contenidos en los anexos 01, 02 y 03, respectivamente, hacen parte integral del presente Acuerdo y su aplicación tiene carácter obligatorio”.

- 1.40. La misma estructura del POS es reproducida por la Resolución 5521 de 2013.

El artículo 9 señala:

“ARTÍCULO 9. GARANTÍA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. Las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar a los afiliados al SGSSS el acceso efectivo a las tecnologías en salud incluidas en el presente acto administrativo, a través de su red de prestadores de servicios de salud”.

El artículo 5 de la Resolución 5521 de 2013 indica que el POS está compuesto de listados:

“ARTÍCULO 5. ANEXOS. El presente acto administrativo contiene tres anexos que hacen parte integral del mismo, cuya aplicación es de carácter obligatorio, así: Anexo 1 “Listado de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud”; Anexo 02 “Listado de Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud”, el cual se encuentra descrito en las categorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-; Anexo 03 “Listado de Laboratorio Clínico del Plan Obligatorio de Salud”, expresado en términos de Subcategorías de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS-”.

- 1.41. En consecuencia, el POS solo cubre lo que se encuentra relacionado en los respectivos listados, por lo cual todo aquello que no aparezca en los mismos no tiene cobertura del POS.

- 1.42. Un recobro puede estar compuesto de uno o varios ítems, cada uno de los cuales corresponde a un servicio NO POS brindado al paciente. La glosa total significa que el FOSYGA rechazó todos los ítems que componen un recobro. La glosa parcial quiere decir que unos ítems se pagaron a la EPS y otros no.
- 1.43. Como resultado del trámite de recobros que culmina con un pago a la EPS, así sea parcial, los documentos de soporte, tales como la sentencia de tutela, el resumen de la epicrisis y la factura, entre otros, son archivados por orden del Ministerio de Salud y Protección Social en el archivo del FOSYGA. En otros términos, la documentación que entregó ALIASALUD EPS para la obtención del pago de los recobros en cuestión (independientemente que el reembolso hubiese sido parcial) no le fue devuelta, por lo cual no se encuentra en su poder.
- 1.44. Por el contrario, tratándose de glosa total los documentos fueron devueltos a ALIASALUD, por lo cual los mismos reposan en su poder.
- 1.45. El Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Seguridad Social en Salud, FOSYGA, fue creado por el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia.
- 1.46. La administración del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. El Decreto 4107 de 2011, mediante el cual se establecieron los objetivos y la estructura de dicho Ministerio, fijó en el artículo 36 las funciones de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, dentro de las cuales, el numeral 1, dispone que corresponde a esta dependencia del Ministro administrar el FOSYGA.
- 1.47. Los recobros se encuentran regulados por el Decreto Ley 1281 de 2002 y las Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la materia, con base en las cuales el procedimiento de recobro puede sintetizarse de la siguiente manera:
- El afiliado acude a su médico tratante, quien le prescribe un medicamento, insumo, tratamiento o servicio médico que no está incluido en el POS.
 - De acuerdo con el marco jurídico y la jurisprudencia, el afiliado puede solicitar el servicio NO POS ante el Comité Técnico Científico, CTC o acudir a la acción de tutela, como resultado de lo cual el afiliado puede obtener una autorización o sentencia en su favor.
 - Para cumplir lo anterior la EPS emite una autorización de servicio a una Institución Prestadora de Salud, IPS o una orden de suministro de medicamento o insumo médico.
 - Una vez se presta el servicio o se suministra el medicamento o insumo, la IPS o el proveedor respectivo los facturan a la EPS, que debe pagarlos, en plazo no superior a 1 mes, según lo prevé el Decreto 4747 de 2007.
 - Una vez pagadas las facturas a las IPS y proveedores, la EPS inicia el proceso de recobro para lo cual debe diligenciar los formatos y anexar los documentos exigidos que soportan la solicitud de recobro, conforme lo dispuesto en la Resolución 5395 de 2013 (y normas complementarias), para

preceder a la radicación ante el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto, dentro de los primeros quince (15) días calendario de cada mes, en los términos del artículo 34 de la citada Resolución.

- El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina para el efecto dispone de dos (2) meses para informar a la EPS el resultado de las etapas de pre auditoría y auditoría integral de las solicitudes de recobro, de acuerdo con alguna de las siguientes opciones:
 - A. Aprobación total y pago
 - B. Aprobación con reliquidación
 - C. Aprobación parcial con formulación de glosas
 - D. Rechazo
 - En las dos últimas hipótesis no se paga el recobro y la EPS debe reelaborar la solicitud de recobro, previa corrección o complementación de las fallas o insuficiencias que motivaron la glosa, o acreditar la falla de la auditoría y radicar nuevamente las solicitudes de recobro glosadas, en los formatos señalados para el efecto.
 - El Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad que se defina dispone de un término perentorio de 1 mes para dar respuesta a la objeción formulada.
- 1.48. Con ocasión al procedimiento descrito, el derecho de las Entidades Prestadoras de Salud es exigible únicamente desde el momento en que la Glosa presentada por el FOSYGA es definitiva y queda en firme; esto es un mes después de dar respuesta a la objeción formulada por la EPS.
- 1.49. El procedimiento administrativo de recobros se reglamentó por varias resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social (antes Ministerio de la Protección Social), así:
- Resolución 3099 de 2008
 - La Resolución 458 de 2013 que derogó la resolución 3099 de 2008 (salvo sus artículos 1 a 8).
 - La Resolución 5395 de 2013 que entró a regir el 27 de diciembre de 2013, derogó las Resoluciones 3099 de 2008 y 458 de 2013.
- 1.50. El Decreto Ley 1281 de 2002 reguló los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud. En su artículo 13 fijó algunas reglas para los cobros con cargo a los recursos del FOSYGA, como son los recobros que las EPS formulan por prestaciones NO POS. Además, el artículo 4 estableció que el incumplimiento de los plazos para el pago de los recursos allí regulados genera intereses de mora:
- ARTÍCULO 4o. 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.*
- 1.51. Dentro de los recursos de que trata el Decreto Ley 1281 de 2002, se encuentra el pago de reclamaciones con cargo al FOSYGA (artículo 13).

Estos intereses se causan desde el vencimiento del término con que cuenta el consorcio administrador de los recursos del FOSYGA para estudiar y pagar las solicitudes de recobros, el cual es de dos (2) meses contados a partir de la presentación de la solicitud por parte de la EPS, de acuerdo con el artículo 13 de la Resolución 3099 de 2008 proferida por el Ministerio de la Protección Social y del artículo 35 de la Resolución 5395 de 2013.

- 1.52. La sentencia del Consejo Superior de la Judicatura, Sala Jurisdiccional Disciplinaria de 11 de agosto de 2014, rad. 110010102000201401722 00 por medio de la cual se resolvió el conflicto negativo de jurisdicción existente entre la Jurisdicción Contencioso Administrativa y la Jurisdicción Ordinaria en su especialidad Laboral y de seguridad social, dispuso:

"Los procesos judiciales declarativos y de condena que en el marco del sistema general de seguridad social en salud se adelanten por parte de administradores del sistema de salud contra el Estado colombiano, representado jurídicamente por La Nación – Ministerio de Salud y Protección Social en calidad de responsable último del FOSYGA y del respeto de los derechos fundamentales a la salud y la seguridad social, cuyo objeto sea el recobro por concepto de servicios NO POS con base en facturas devueltas, rechazadas o glosadas, son – a falta de norma explícita de atribución a la jurisdicción de lo contencioso administrativo – competencia de la jurisdicción ordinaria en su especialidad laboral y de seguridad social."(Se destaca)

- 1.53. ALIANSALUD tiene derecho a ser resarcida del perjuicio derivado del no reembolso y del reembolso parcial del valor de los servicios NO POS por parte de la Nación- Ministerio de Salud y Protección Social, con cargo a los recursos del FOSYGA.

2. DERECHO DE REEMBOLSO DE ALIANSALUD POR LOS GASTOS INCURRIDOS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO INCLUIDOS EN EL POS.

- 2.1. El POS es un plan limitado de servicios de salud, cuyo ámbito corresponde a la obligación a cargo de la EPS, la cual recibe una UPC calculada para la financiación solo de los servicios incluidos en dicho plan.

El carácter limitado del POS fue reconocido por la Corte Constitucional en sentencia SU – 819 de 1999, en los siguientes términos:

"Así lo entendió la Ley 100 de 1993 al limitar los servicios de salud a los que la población en virtud del Plan Obligatorio de Salud, puede mediante determinación explícita, tener acceso. En efecto, el Sistema General de Seguridad Social en Salud creó las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional dirigido a garantizarles la protección integral de su salud, con algunas limitaciones, como el ámbito de aplicación de la ley. Así lo dispuso el parágrafo 2o. del artículo 162 ibídem, al disponer que tales servicios serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del mismo. (Se destaca)".

El alcance de la obligación a cargo de la EPS, la cual está limitada al POS, se explica en la sentencia T - 438 de 2009 de la Corte Constitucional:

"Esta Corporación ha sostenido que las limitaciones o exclusiones al Plan Obligatorio de Salud, son constitucionalmente admisibles, toda vez que tienen como propósito salvaguardar el equilibrio financiero del sistema de seguridad social en salud, el cual se estructura a partir de recursos escasos que son destinados para la provisión de los servicios que reconoce y ampara.

En este sentido, las EPS sólo están obligadas a financiar, exclusivamente, los procedimientos, tratamientos y medicamentos contenidos en el POS (Ley 100 de 1993, Decreto 806 de 1998, Resolución 5261 de 1994 y demás normas concordantes), de manera que si una persona requiere de tratamientos o medicamentos no contemplados dentro de la cobertura del POS, en principio, le corresponde a ésta sufragar su costo con recursos propios."

- 2.2. Cuando un afiliado requiere con necesidad un servicio no cubierto por el POS tiene derecho (inicialmente por la conexidad del derecho a la salud con el derecho a la vida y luego por su naturaleza de derecho fundamental) a que le sean prestados tales servicios y que el instrumento para lograrlo es la EPS, entidad a la cual se le ha asignado esta carga adicional.

La Corte Constitucional condensó y precisó las reglas conforme a las cuales los afiliados al sistema de seguridad social en salud pueden acceder a las prestaciones no cubiertas por el POS, mediante la sentencia T-760 de 2008:

"Toda persona tiene el derecho constitucional a acceder a los servicios de salud que requiera con necesidad, es decir, que hayan sido ordenados por el médico tratante que ha valorado científicamente la necesidad del mismo y que el interesado no tiene para costearlo por sí mismo la capacidad económica (porque su costo es impagable por el interesado dado su nivel de ingreso o le impone una carga desproporcionada para él)".

La Corte Constitucional precisó que a la EPS le correspondía ser el instrumento para facilitar el goce efectivo del derecho a la salud, por lo que dispuso que la EPS tiene la obligación de suministrar el respectivo servicio. Así, lo manifestó en la sentencia SU-480 de 1997:

"Y, si está de por medio la vida del paciente, la EPS tiene la obligación de entregar la medicina que se señale aunque no esté en el listado"

- 2.3. Dado que los servicios NO POS son ajenos a la obligación de la EPS como aseguradora del plan y no están financiados por la UPC, para restablecer el equilibrio es preciso reconocer el valor de las erogaciones por servicios NO POS.

En la sentencia SU-480 de 1997 se señala expresamente que la EPS tiene un derecho constitucional a obtener el reembolso de los pagos por concepto de servicios NO POS, en los siguientes términos:

"Pero, como se trata de una relación contractual, 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."

La naturaleza constitucional del derecho al recobro se explica en la sentencia T-760 de 2008:

"Dadas las reglas del actual Sistema de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, EPS, tienen un derecho constitucional al recobro, por concepto de los costos que no estén financiados mediante las unidades de pago por capitación (UPC). Para garantizar el derecho a la salud de los usuarios, el cual depende del flujo oportuno de recursos en el sistema, el procedimiento de recobro debe ser claro, preciso, ágil."

Finalmente, la Corte Constitucional ha dispuesto que los recobros se reconozcan a las EPS con cargo a los recursos del FOSYGA. Al respecto es ilustrativa la sentencia T - 438 de 2009:

"Ahora bien, desde la perspectiva de que al Estado le asiste la Obligación subsidiaria de asumir el costo de los servicios de salud no incluidos en los planes de beneficios, la Corte, atendiendo a los mandatos contenidos en las Leyes 100 de 1993 y 715 de 2001, ha concluido que el reembolso de los costos de los servicios de salud no POS a favor de las EPS, están a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, cuando tales servicios se autorizan dentro del Régimen Contributivo..."

En el presente caso la administración glosó recobros por servicios que no se encontraban previstos en el POS definido por los Acuerdos de la CRES, por lo cual el Estado causó un perjuicio a ALIANSALUD al incumplir con las obligaciones previstas en la Ley y privarla de su derecho a obtener el reembolso del valor pagado por tales servicios que fueron suministrados para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud de sus afiliados.

3. ANÁLISIS DE LOS DIVERSOS CONCEPTOS QUE FUERON GLOSADOS DE MANERA IMPROCEDENTE

A continuación se presentan los argumentos en los cuales se basa la presente demanda, para lo cual cada recobro se ha clasificado en los grupos de: medicamentos, procedimientos o insumos y en cada uno de ellos.

Destacamos que cada recobro ha sido clasificado en uno de los subgrupos.

Adicionalmente, en la base de datos que se acompaña cada recobro tiene la explicación específica respecto de todos y cada uno de los recobros, para acreditar su procedencia en la columna denominada CONCEPTO (columna BC en la pestaña POS TOTAL y columna BC en la pestaña de POS PARCIAL).

GRUPO DE MEDICAMENTOS

Según el artículo 38 del Acuerdo 008 de 2009 de la CRES el POS solo incluye los medicamentos señalados en el Anexo No. 1º. En consecuencia, todos aquellos medicamentos únicos o combinados que contengan un principio activo que no forme parte de dicho anexo, no se encuentran cubiertos por el POS.

En efecto, el artículo 38 del Acuerdo 008 de 2009 señala:

“Artículo 38. Medicamentos. Los medicamentos señalados en el Anexo número 1 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y deben ser suministrados por las EPS de ambos regímenes.

Su financiamiento estará a cargo de la UPC y UPC-S, salvo aquellos que corresponden al listado de medicamentos de los programas especiales cuyo financiamiento está siendo asumido por el MPS.

Parágrafo 1º. El POS incluye los principios activos contemplados en el anexo Nro. 1 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). En el caso de los medicamentos de estrecho margen terapéutico, cuyo listado será publicado por el INVIMA, no deberá cambiarse ni el producto ni el fabricante. Si excepcionalmente fuera necesario, el ajuste de dosificación y régimen de administración, deberá hacerse con vigilancia especial”

Según el artículo 29 del Acuerdo 29 de la CRES el POS solo incluye los medicamentos señalados en el Anexo No. 1º. En consecuencia, todos aquellos medicamentos únicos o combinados que contengan un principio activo que no forme parte de dicho anexo, no se encuentran cubiertos por el POS.

En efecto, el artículo 29 del Acuerdo 029 señala:

ARTÍCULO 29. PRINCIPIOS ACTIVOS Y MEDICAMENTOS. Los principios activos y medicamentos señalados en el Anexo 01 hacen parte del Plan Obligatorio de Salud y deben ser entregados por la Entidad Promotora de Salud. Los medicamentos de los programas especiales están financiados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PARÁGRAFO 1. 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).

PARÁGRAFO 2. En el caso de los medicamentos anticonvulsivantes, anticoagulantes orales y otros de estrecho margen terapéutico definidos de forma periódica por el INVIMA no deberá cambiarse ni el producto ni el fabricante una vez iniciado el tratamiento. Si excepcionalmente fuere necesario, se realizará el ajuste de dosificación y régimen de administración y deberá hacerse con monitoreo clínico y paraclínico.

PARÁGRAFO 3. Se consideran no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud las combinaciones de los principios activos que se describen en el Anexo 01, salvo excepciones expresas contenidas en el presente Acuerdo.

PARÁGRAFO 4. En los casos en que un principio activo incluido en el listado del Plan Obligatorio de Salud incluya una sal o un éster, el medicamento

prescrito deberá mantener el mismo principio activo con la sal o éster descrito en el Plan Obligatorio de Salud.

PARÁGRAFO 5. Los medicamentos descritos en el Anexo 01 del presente Acuerdo 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.

PARÁGRAFO 6. Los principios activos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud deben ser empleados estrictamente en las indicaciones consignadas en el registro sanitario expedido por el INVIMA a la fecha de entrada en vigencia del presente Acuerdo.

PARÁGRAFO 7. Para efectos de la cobertura de lo señalado en el Anexo 01 del presente Acuerdo, en la forma farmacéutica "Tableta con o sin recubrimiento que no modifique la liberación del fármaco", entiéndase que incluye: tableta, tableta recubierta, tableta con película, tableta cubierta (con película), gragea y comprimido.

El Anexo No 1 del Acuerdo 29 igualmente exige que para estar cubierto el medicamento deba cumplir con los requisitos de principio activo, concentración y forma farmacéutica.

La Resolución 5521 de 21013 mantiene las mismas reglas para determinar la cobertura de los medicamentos:

"ARTÍCULO 41. COBERTURA DE MEDICAMENTOS. La cobertura de un medicamento en el Plan Obligatorio de Salud 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 01 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 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 1. 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 2. 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".

En consecuencia, estarán cubiertos por el POS los medicamentos que cumplan las siguientes características previstas en el Anexo No 1:

- Principio Activo
- Forma Farmacéutica
- Concentración

Ejemplos:

MEDICAMENTOS	PRESENTACION
DEXMEDETOMIDINA	SOLUCIÓN INYECTABLE 5 MG/5 ML (0,1%)
BIOTINA	TABLETAS 1MG
METOPROLOL SUCCINATO	TABLETAS 50 MG
METOPROLOL SUCCINATO	TABLETA 100MG
IRBESARTAN	TAB 300 MG
N-ACETIL CISTEINA	600 SOBRES

Sub grupo 1- Principio activo no POS

En este grupo de recobros aparecen medicamentos cuyo principio activo no se encuentra en el listado del Anexo 1 del Acuerdo 29 y de la Resolución 5521 de 2013, razón por la cual ALIANSALUD tiene derecho a que se le pague el valor de tales medicamentos.

Subgrupo 2- Medicamentos con principio activo en el POS con forma farmacéutica diferente

De conformidad con lo establecido en el en el párrafo 1º del artículo 38 del Acuerdo 8 de 2009, en el artículo 29 del Acuerdo 29 de 2011 y del artículo 43 de la Resolución 5521 de 2013 (Anexo No 1), para que se encuentre cubierto por el POS, un medicamento debe reunir simultáneamente los siguientes requisitos:

- Principio Activo
- Forma Farmacéutica
- Concentración

Conforme a la definición anotada en las normas en comento, la Forma Farmacéutica de un medicamento es "Sinónimo de forma de dosificación. Forma física que caracteriza al producto farmacéutico terminado a saber, tabletas, cápsulas, jarabes, supositorios, soluciones inyectables, sistema trasdérmico, etc." Este grupo contiene los medicamentos que teniendo el mismo principio activo que está en el POS tienen forma farmacéutica diferente.

En este sub grupo de medicamentos la forma farmacéutica no corresponde a la contemplada en el listado del Anexo 1 de los acuerdos en comento. Para que un medicamento se considere cubierto por el POS, no solamente es necesario que corresponda al mismo principio activo; se necesita, adicionalmente, que la concentración o forma farmacéutica coincidan con las previstas en los respectivos listados de medicamentos.

Al respecto es ilustrativa la opinión emitida por la CRES el 13 de junio de 2011, RAD-CRES-1749-11 adjunta, y del cual se destaca el siguiente aparte:

Finalmente, si se requiere un medicamento que contenga un principio activo, una concentración o una forma farmacéutica diferentes a las indicadas en el Anexo No 1 del Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de regulación en Salud, se considera como un medicamento No POS y deberá realizarse la correspondiente solicitud y justificación ante el Comité Técnico de la EPS, para que ellos estimen la pertinencia de dicho medicamento y aprueben o no en la solicitud.

Por lo anterior, los medicamentos con principios activos presentes en el POS pero con forma farmacéutica diferente no están cubiertos por el POS.

Ejemplo: El omeprazol se encuentra en el POS en tabletas de 20mg pero no se encuentra en ampolla de 40mg.

Sub grupo 4- Medicamento con indicación diferente a la del POS

Este grupo contiene medicamentos que aunque figuran en los listados de medicamentos (anexo 1) del Acuerdo 029 de 2011 y de la Resolución 5521 de 2013 en igual principio activo, concentración y forma farmacéutica prescritos y en Denominación Común Internacional, están formulados para la atención de otros eventos o patologías que no están descritos en el POS.

El Acuerdo 008 de 2009 establece que "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 con las indicaciones autorizadas por el INVIMA en las normas farmacológicas." (Subrayado fuera de texto).

Por su parte, el artículo 43 de la Resolución 5521 de 2013 dice:

"ARTÍCULO 43. INDICACIONES AUTORIZADAS. La cobertura en el Plan Obligatorio de Salud de los medicamentos descritos en el Anexo 01 que hace parte integral de este acto administrativo, es para las indicaciones autorizadas por el INVIMA, excepto para aquellos casos en que este anexo describa especificaciones expresas que limiten la cobertura".

Los medicamentos incluidos en este grupo cumplen con las indicaciones autorizadas por el INVIMA en las normas farmacológicas pero fueron indicados para eventos o patologías diferentes a las estipuladas en el POS, por lo tanto es pertinente su recobro.

Subgrupo 5- Principio activo no POS a la fecha del servicio

Todos aquellos medicamentos únicos o combinados que contengan un principio activo que no forme parte del Anexo No 1 de los Acuerdos 8 y 29 de la CRES y la Resolución 5521 de 2013 no forman parte del POS.

Por lo tanto, estos medicamentos aunque a fecha de hoy se encuentran en el POS, a la fecha de prestación del servicio no hacían parte del mismo y por lo tanto, eran susceptibles de recobro.

GRUPO PROCEDIMIENTOS

Sub grupo 9- Procedimiento no POS

Según los artículos 4 y 13 del Acuerdo 8 de 2009, el Acuerdo 29 de 2011 de la CRES y la Resolución 5521 de 2013, el POS solo incluye actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales y equipos y dispositivos biomédicos, señalados en el mismo, previstos en el Anexo No. 2º.

Los procedimientos que forman parte de este grupo no se encuentran relacionados en el citado Anexo, por lo cual no están cubiertos por el POS.

Sub grupo 10- Exámenes especializados no POS

En el Anexo No. 2º del Acuerdo 8 y del Acuerdo 29 de 2011 de la CRES y de la Resolución 5521 de 2013 no aparecen relacionados los exámenes especializados que forman parte de este grupo, por lo que se concluye que los mismos no están incluidos en el POS vigente a la fecha de la prestación del servicio y por lo tanto procede su recobro.

Sub grupo 11 – Procedimientos derivados de procedimientos NO POS

El artículo 54 del Acuerdo 8 de 2009 señala lo siguiente:

“ARTICULO 54. EXCLUSIONES EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. El POS-C tiene las siguientes exclusiones y limitaciones, acorde con lo estipulado en el artículo 000, del presente acuerdo: (Fe de erratas: Acuerdo 014 del 8 de abril de 2010: Corrige Yerro Acuerdo 008. Artículo 5º. Léase como artículo 10 el mencionado en el artículo 54 del Acuerdo 008 de 2009.)

1. *Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.*

(...)

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

El artículo 49 del Acuerdo 29 de 2011, prevé:

ARTÍCULO 49. EXCLUSIONES EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. Se encuentran excluidas del Plan Obligatorio de Salud las siguientes tecnologías en salud:

(...)

31. *El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud.*

Por su parte, la Resolución 5521 de 2013 establece la misma regla:

ARTÍCULO 130. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS. Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC- y son las siguientes:

(...)

34. *Los procedimientos conexos y las complicaciones que surjan de las atenciones en los eventos expresamente excluidos.*

Así las cosas, cuando se trata de pacientes que fueron sometidos a cirugías puramente estéticas y otras intervenciones no cubiertos por el POS, las complicaciones posteriores igualmente no están cubiertas por el POS.

SS
008032
5

Sub grupo 15 – Implante coclear

En el Anexo No. 2º del Acuerdo 008 no aparece relacionado el dispositivo médico denominado "Implante Coclear", ni el procedimiento para su implantación, por lo que se concluye que los mismos no están incluidos en el Acuerdo 008 de 2009 vigente a la fecha de la prestación del servicio y por lo tanto procede su recobro.

El implante coclear (IC) es una técnica quirúrgica de alta tecnología indicada para reducir las incapacidades auditivas en individuos con hipoacusia neurosensorial profunda bilateral congénita o adquirida, mediante la inserción de un aparato que transforma los sonidos y ruidos del medio ambiente en energía eléctrica capaz de actuar sobre las aferencias del nervio coclear, desencadenando una sensación auditiva, pero sin restablecer la audición normal en un individuo sordo. Los IC disponibles actualmente constan de dos componentes, uno externo formado por un micrófono, un procesador de la voz y un transmisor, y otro interno que consta de un receptor/estimulador y unos electrodos. Hay diferentes tipos de IC, en función de la ubicación de los electrodos, número de canales, forma de tratar la señal sonora, tipo de electrodos, etc. Hoy en día, los IC habituales son intracocleares, multicanales y transcutáneos.

La inclusión del implante coclear en el POS se dispuso a partir del Acuerdo 029 de 2011 que rige desde el 1º de enero de 2012, con base en el estudio denominado "REPORTE DE EVALUACION DE POSIBLE INCLUSION AL POS DEL IMPLANTE COCLEAR" de la Unidad Administrativa Especial de la Comisión de Regulación en Salud UAE-CRES del mes de noviembre de 2011, que en la página 24 dice: "El grupo de expertos recomendó la inclusión en el Plan Obligatorio de Salud para el año 2011 de los implantes coleares en la siguiente indicación: 1. Pacientes adultos o niños con sordera prelocutoria y postlocutoria profunda bilateral." Como antecedente existe el Estudio de EVALUACION DE NOVEDADES POS, elaborado por la Universidad Nacional (dirigido por Juan Sebastian Castillo) para la CRES, en el cual se evalúan tecnologías (CPAB e implante coclear, entre otras) para actualizar el Acuerdo 008, lo cual quiere decir que no encontraban cubiertas.

Por lo anteriormente expuesto, se concluye que el procedimiento Implante Coclear no estaba incluido en el Acuerdo 008 de 2009 y por lo tanto es pertinente su recobro.

Sub grupo 17 – Internación psiquiátrica

Según los artículos 4 y 13 del Acuerdo 008 de 2009 de la CRES el POS solo incluye actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales y equipos y dispositivos biomédicos, señalados en el mismo.

El artículo 32 del Acuerdo mencionado respecto de la internación psiquiátrica, establece lo siguiente:

"ARTICULO 32. COBERTURA DE LA INTERNACION PARA MANEJO DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA. El paciente psiquiátrico se manejará de preferencia en el programa de "HOSPITAL DE DÍA". Se incluirá la internación de pacientes psiquiátricos solo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad o la de sus familiares y la comunidad. Entiéndase por fase aguda aquella que se puede prolongar máximo hasta por treinta días de internación." (se destaca)

De acuerdo con lo anterior el costo de la internación psiquiátrica que supere los 30 días, es no POS y, en consecuencia, debe ser reembolsado a la EPS.

Por su lado, el Acuerdo 29 de 2011, en su artículo 24 prevé la cobertura de internación para manejo de la enfermedad en salud mental con un tope de 90 días por año:

"ARTÍCULO 24. INTERNACIÓN PARA MANEJO DE ENFERMEDAD EN SALUD MENTAL. En caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante, el Plan Obligatorio de Salud cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Sin perjuicio del criterio del médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en salud mental, se manejará de preferencia en el programa de "internación parcial", según la normatividad vigente.

PARÁGRAFO: Los noventa (90) días podrán sumarse en una o más hospitalizaciones por año calendario."

En relación con este punto la Resolución 5521 de 2015 dispone en el artículo 67:

ARTÍCULO 67. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN GENERAL. El POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad o en caso de que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad.

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Para servicios prestados a partir del 1 de enero de 2011 el tope es de 90 días de internación. Todo lo que exceda es No POS y la EPS tiene derecho a recobrarlo.

Sub grupo 18 – Tratamiento integral de adicciones

Según los artículos 4 y 13 del Acuerdo 8 de 2009 de la CRES el POS solo incluye actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos, insumos, materiales y equipos y dispositivos biomédicos, señalados en el mismo. En el Anexo No. 2º no aparece el tratamiento para la atención integral de las adicciones, por lo que se concluye que los mismos no están incluidos en el Acuerdo 8 de 2009 vigente a la fecha de la prestación del servicio y por lo tanto procede su recobro.

En el Acuerdo 8 de 2009, como se vio en el punto anterior, cubre la internación para manejo de enfermedad psiquiátrica. Así las cosas solo si el paciente que tiene adicciones a su vez requiere internación la misma procederá con tope en 30 días.

Ahora bien, el Acuerdo 29 de 2011 incluyó la atención de casos de uso de sustancias psicoactivas en menores de 18 años en el artículo 76, así:

"ARTÍCULO 76. CASOS DE USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN MENORES DE 18 AÑOS. Sin perjuicio de las evaluaciones y atenciones realizadas por profesionales de la salud, todo menor de dieciocho (18) años de edad que use sustancias psicoactivas tendrá derecho a recibir atención psicológica y psiquiátrica ambulatoria y con internación, y adicionales a las coberturas establecidas en los artículos 17 y 24."

Sobre este particular el artículo 93 de la Resolución 5521 de 2013 estableció:

ARTÍCULO 93. ATENCIÓN CON INTERNACIÓN EN SALUD MENTAL. Para personas menores de 6 años víctimas de violencia intrafamiliar, abuso sexual, trastornos alimentarios de anorexia y bulimia, casos de uso de sustancias psicoactivas y menores con discapacidad, sin que sea acumulable con lo dispuesto en el artículo 91, la cobertura del POS será así:

En la fase aguda, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario.

En caso de que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes.

Sin perjuicio del criterio del profesional tratante, el paciente con trastorno o enfermedad mental, se manejará de preferencia en el programa de internación parcial u hospital día, según la normatividad vigente y en servicios debidamente habilitados para tal fin.

Las atenciones para el tratamiento integral de adicciones que se brinde por fuera del marco normativo carecen de cobertura.

Sub grupo 21 – Terapias ABA y otras terapias educativas

Las Terapias ABA (Applied Behaviour Analysis) son terapias de aplican el principio de modificación de conducta y son técnicas basadas en teorías de aprendizaje. Como estas terapias se basan exclusivamente en técnicas educacionales, se encuentran dentro de las exclusiones descritas en el numeral 13 del artículo 54 del Acuerdo 8 de 2009 **"EXCLUSIONES EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO... 13: Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas."**

ALIANSA SALUD realizó una consulta a la CRES el 25 de noviembre de 2010 y la respuesta de la CRES emitida el 6 de diciembre de 2010 por el comisionado Gustavo Adolfo Díaz fue que estas terapias estaban excluidas del POS.

Por lo tanto, dichas terapias como lo ratifica la CRES no hacen parte del Plan Obligatorio De Salud.

El Acuerdo 29 de 2011 reproduce la misma exclusión que el Acuerdo 8 de 2009.

"ARTÍCULO 49. EXCLUSIONES EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD. Se encuentran excluidas del Plan Obligatorio de Salud las siguientes tecnologías en salud:

(...)

13. *Tecnologías en salud de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintas a las necesarias de acuerdo a la evidencia clínica debidamente demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas".*

Con igual orientación se pronuncia la Resolución 5521 de 2013

ARTÍCULO 130. EXCLUSIONES ESPECÍFICAS. Para el contexto del Plan Obligatorio de Salud debe entenderse como exclusiones de cobertura aquellas prestaciones que no serán financiadas con la Unidad de Pago por Capitación – UPC- y son las siguientes:

(...)

17. *Tecnologías de carácter educativo, instructivo o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación social o laboral y no corresponden al ámbito de la salud aunque sean realizadas por personal del área de la salud.*

Sub grupo 33 – Transporte

En materia de transporte el Acuerdo 8 de 2009 en su artículo 33 dispone que el POS *"incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional, de los pacientes remitidos, según las condiciones de cada régimen y teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora".*

De manera complementaria el parágrafo 1 de este artículo indica que *"si en criterio del médico tratante, el paciente puede ser atendido en un prestador de menor de nivel de atención, el traslado en ambulancia, en caso necesario también hace parte del POS O POS-S según el caso, igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria, en los eventos en que el paciente siga estando bajo la responsabilidad del respectivo prestador".*

Por último, el artículo 34 indica: **"TRANSPORTE DE PACIENTE AMBULATORIO:** *El servicio de transporte en un medio diferente a un la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluido en el POS o POS-S según el caso, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las UPC respectivas en las zonas geográficas en las que se reconozca".*

Por su parte, el Acuerdo 29 de 2011, dispone sobre la materia lo siguiente:

"ARTÍCULO 42. TRANSPORTE O TRASLADO DE PACIENTES. *El Plan Obligatorio de Salud incluye el transporte en ambulancia para el traslado entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora.*

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

PARÁGRAFO. Si a criterio del médico tratante el paciente puede ser atendido por otro prestador, el traslado en ambulancia, en caso necesario, también hace parte del Plan Obligatorio de Salud. Igual ocurre en caso de ser remitido a atención domiciliaria”.

“ARTÍCULO 43. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a un servicio o atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional de las Unidades de Pago por Capitalización respectivas, en las zonas geográficas en las que se reconozca por dispersión”.

Bajo la misma perspectiva la Resolución 5521 de 2013 estatuye:

ARTÍCULO 124. TRANSPORTE O TRASLADOS DE PACIENTES. El Plan Obligatorio de Salud cubre el traslado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

- Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.*
- Entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.*

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

ARTÍCULO 125. TRANSPORTE DEL PACIENTE AMBULATORIO. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

PARÁGRAFO. Las EPS igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de esta resolución, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto

aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no una UPC diferencial.

Según el marco normativo anterior, el POS solo cubre el transporte en los siguientes casos:

- Para pacientes hospitalarios cuando es remitido por una IPS a otra.
- Para pacientes hospitalarios el transporte que se requiera para remitirlo a atención hospitalaria.
- En las zonas especiales para los pacientes ambulatorios que deben trasladarse a otro municipio para ser atendidos.

A partir de la vigencia de la Resolución 5521 de 2013, el POS además cubre:

- El transporte de urgencias del sitio del accidente a la IPS
- El transporte de un municipio a otro cuando se den los requisitos allí previstos.

Existen casos en los cuales la EPS debe suministrar servicio de transporte para hipótesis diferentes a las enunciadas, las cuales no tienen cobertura en el POS y pueden ser recobradas por la EPS.

GRUPO INSUMOS Y OTRAS PRESTACIONES

En este grupo se presentan una serie de servicios no cubiertos por el POS, en razón a los siguientes tres motivos: i) corresponden a una tecnología superior a la tecnología media que cubre el POS, ii) no son necesarios e insustituibles para la atención del paciente y iii) se encuentran expresamente excluidos del POS.

El POS no cubre las nuevas tecnologías

Las coberturas del POS están estructuradas en condiciones medias de tecnología y calidad, según lo expresa el Artículo 7 del Acuerdo 08 de 2009:

*"El presente Acuerdo tiene como ámbito de aplicación las EPS del Régimen Contributivo y demás entidades obligadas a compensar, las EPS del régimen subsidiado, los afiliados, los prestadores de servicios de salud y los demás actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS- que se relacionan con ellos y se constituye en un instrumento para la atención adecuada en la prestación de los servicios de salud que cada EPS prestará a través de su red de IPS prestadores y demás proveedores, a los afiliados a los regímenes Contributivo y Subsidiado de SGSSS, dentro del territorio Nacional y con la **tecnología media disponible en el país** en los términos descritos en dicho principio en el artículo 5° y en **condiciones medias de calidad, tecnología** y hotelería tal como lo señala el artículo 182 de la Ley 100 de 1993."*
(se destaca)

En consecuencia la EPS tiene el legítimo derecho a recobrar el mayor valor entre el dispositivo de tecnología media y el de alta tecnología.

El alcance de la cobertura del POS en materia de insumos solo comprende los necesarios e insustituibles

El POS no cubre todos los insumos, puesto que se requiere que los mismos sean necesarios e insustituibles.

El artículo 36 del Acuerdo 29 de 2011 así lo indica:

Artículo 36. Dispositivos. En desarrollo del principio de integralidad establecido en el artículo 5° del presente Acuerdo, las Entidades Promotoras de Salud deben garantizar los insumos, suministros y materiales, incluyendo el material de curación, y en general los dispositivos médicos y/o quirúrgicos, sin excepción, necesarios e insustituibles para la realización y/o utilización de las tecnologías en salud cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud, en el campo de la atención de urgencias, atención ambulatoria o atención con internación, salvo que exista excepción expresa para ellas en este mismo Acuerdo. (se destaca)

La Resolución 5521 de 2013 reproduce el mismo principio sobre la materia:

ARTÍCULO 58. DISPOSITIVOS MÉDICOS. *En desarrollo del principio de integralidad establecido en el numeral 1 del artículo 3 del presente acto administrativo, las Entidades Promotoras de Salud 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 Obligatorio de Salud, 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. (se destaca)*

De acuerdo con lo anterior si el dispositivo no es necesario e insustituible carecerá de cobertura en el POS.

El POS contempla exclusiones de prestaciones que son otorgadas por fallo de tutela y deben ser reembolsadas a la EPS.

Tanto el Acuerdo 8 como el Acuerdo 29 y la Resolución 5521 de 2013 establecen una serie de elementos y prestaciones que se excluyen de manera expresa, no obstante lo cual los fallos de tutela obligan a la EPS a suministrarlos.

A continuación se presentan apartes de la lista de exclusiones previstas en el artículo 54 del Acuerdo 8, las cuales se reproducen de la misma manera en el artículo 49 del Acuerdo 29 y en el artículo 130 de la Resolución 5521 de 2013:

Artículo 54. Exclusiones en el régimen contributivo. *El POS-C tiene las siguientes exclusiones y limitaciones...:*

5. Medias elásticas de soporte; corsés y/o fajas; sillas de ruedas; plantillas y zapatos ortopédicos; vendajes acrílicos; lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros y/o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en el presente Acuerdo.

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

11. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares y cutáneas.

14. Pañales para niños y adultos.

15. Toallas higiénicas.

17. Artículos cosméticos.

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

19. Líquidos para lentes de contacto.

- 20. *Tratamientos capilares.*
- 21. *Champús de cualquier tipo.*
- 22. *Jabones.*
- 23. *Cremas hidratantes.*
- 24. *Cremas antisolares o para las manchas en la piel.*
- 28. *Edulcorantes o sustitutos de la sal.*
- 29. *Enjuagues bucales y cremas dentales.*

Sub grupo 23- Insumo no POS

Este grupo está conformado por prestaciones de las tres calase señaladas en el punto anterior, a saber:

- Nuevas tecnologías
- Insumos que no forman parte de los listados
- Insumos que se cubren solo para la atención de ciertas patologías.
- Servicios y prestaciones excluidas, tales como:
 - Pañales.
 - Protectores solares.
 - Cremas hidratantes.
 - Enjuagues bucales.
 - Medias.
 - Jabones.
 - Paños húmedos.
 - Seda dental

Repetimos, en la base de datos anexa se presenta la explicación detallada para cada uno de los recobros acerca de la procedencia de su recobro.

4. RESPONSABILIDAD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

- 4.1. El Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema de Seguridad Social en Salud, FOSYGA, según el artículo 218 de la Ley 100 de 1993 como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud (hoy Ministerio de Salud y Protección Social), sin personería jurídica ni planta de personal propia.
- 4.2. La administración del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. El Decreto 4107 de 2011 mediante el cual se establecieron los objetivos y la estructura de dicho Ministerio, fijó en el artículo 36 las funciones de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, dentro de las cuales, el numeral 1, dispone que corresponde a esta dependencia del Ministerio administrar el FOSYGA.
- 4.3. El Ministerio de Salud y Protección Social tiene la obligación de reconocer y pagar los recobros presentados por ALIANSALUD que fueron glosados de manera impropia.

V. PRUEBAS

1. DOCUMENTAL

1.1. DOCUMENTALES EN PODER DE ALIANSALUD

63

6

1.1.1. BASES DE DATOS GLOSAS TOTAL Y PARCIAL

Anexo en un CD dos bases de datos en EXCEL con la información detallada de cada recobro, requerida para la liquidación de los saldos adeudados.

La primera base de datos denominada "FASE 2015-1 POS-TOTAL", cuenta con dos hojas o pestañas: la primera pestaña se denomina "CTC" (con 91 registros por \$83.496.059) y la segunda llamada "TUTELA" (con 145 registros por \$242.874.875).

La segunda base de datos denominada "FASE 2015-1 POS-PARCIAL", cuenta con dos hojas o pestañas: la primera pestaña se denomina "CTC" (con 27 registros por \$8.010.241) y la segunda llamada "TUTELA" (con 27 registros por \$1.440.953).

La base de datos en lo que concierne a las pestañas sobre fallos de tutela contiene los siguientes campos de información:

- Número de consecutivo interno tutela
- Fecha de fallo
- Tipo de juzgado
- Número de fallo

La base de datos en relación con los servicios autorizados por CTC contiene los siguientes registros:

- Consecutivo interno CTC
- Número de acta
- Fecha de acta

Los campos comunes a las dos bases de datos son:

- Número de identificación del afiliado
- Nombre afiliado
- Nit de IPS o proveedor
- Identificación de IPS o proveedor
- Número de factura
- Fecha de radicación de factura
- Número consecutivo interno de ALIANSALUD (con este número se identifican los documentos digitalizados a que hace referencia el punto siguiente)
- Consecutivo FOSYGA
- Fecha de radicación
- Nombre del servicio
- Valor recobro
- Fecha de pago
- Abono
- Fecha de pago
- Saldo
- Fecha de glosa
- Fecha de prestación del servicio
- Glosa final
- Observación glosa.

1.1.2. SOPORTES DOCUMENTALES DE LOS RECOBROS QUE FUERON OBJETO DE GLOSA TOTAL

Se adjunta DVD contentivo de las imágenes digitalizadas de los documentos correspondientes a los cobros que fueron objeto de glosa total y que reposan en los archivos de ALIANSALUD; los cuales se encuentran en la carpeta denominada POS_TOTAL.

La primera carpeta se denomina "CTC" y cuenta con las imágenes de los soportes de cada cuenta de cobro. La segunda, "TUT" contiene los soportes de cada cuenta de cobro y la tercera carpeta se denomina "FALLO" con las imágenes de las decisiones de los jueces.

Debe anotarse que los documentos soporte de los cobros glosados parcialmente están en el archivo del FOSYGA.

1.1.3. DOCUMENTOS TECNICOS SOBRE ALCANCE DEL POS

- 1.1.3.1. Entrevista al Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria a Yamit Amat, publicada en el diario El Tiempo, el 12 de enero de 2013.
- 1.1.3.2. Oficio de la CRES del 13 de junio de 2011, RAD-CRES-1749-11.
- 1.1.3.3. Estudio denominado "Reporte de evaluación de posible inclusión al POS del implante coclear" de la UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD UAE-CRES del mes de noviembre de 2011.
- 1.1.3.4. Estudio denominado "Seguridad, eficacia, efectividad y evaluación económica de las insulinas análogas (lispro, aspart, glulisina, glargina y detemir) para el tratamiento de la diabetes mellitus" de la UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD UAE - CRES fechado el mes de noviembre de 2011.
- 1.1.3.5. Oficio de la CRES del 6 de diciembre de 2010, RAD-CRES-4632-10, mediante el cual el comisionado Gustavo Adolfo Díaz indica que las terapias ABA estaban excluidas del POS.
- 1.1.3.6. Memorando No. 201433200083073, del 8 de abril de 2014, dirigido a las entidades recobrantes por parte del Director de Administración de Fondos de la Protección Social del Ministerio de Salud y Protección Social.

1.1.4. RECLAMACION ADMINISTRATIVA

Anexo radicado de la Reclamación Administrativa ante el Ministerio de Salud y Protección Social el día 21 de mayo de 2015 (número de radicado 201542300848252).

1.2. DOCUMENTALES EN PODER DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

De conformidad con el numeral 2 del párrafo primero del artículo 31 del Código de Procedimiento Laboral y de la Seguridad Social solicito que al momento de contestar la demanda el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL:

- 1.2.1. Aporte los documentos soporte de los reclamos que fueron objeto de glosas parciales y que reposan en sus archivos. El Ministerio aportará los documentos en medio físico o en medio magnético como lo disponga el Despacho.

1.2.2. Certifique la base de datos a que se refiere el punto 1.1.1. del presente acápite de pruebas y, en consecuencia, el valor dejado de pagar a ALIANSALUD.

2. INSPECCION JUDICIAL

2.1. INSPECCION JUDICIAL CON INTERVENCION DE PERITO EN EL FOSYGA (PARA LOS RECOBROS CON GLOSA PARCIAL)

En caso de que el Despacho no decrete los oficios pedidos en el punto anterior, solicito ordenar y practicar una inspección judicial en el archivo del FOSYGA, con la intervención de un perito experto en materias contables, financieras y de auditoria, destinada a verificar la existencia de los recobros que fueron materia de glosa parcial, el motivo de glosa, así como los soportes correspondientes y el saldo dejado de pagar.

Dirección: solicito la inspección en el lugar en que se encuentra el archivo del FOSYGA: el Consorcio SAYP administrador del FOSYGA y responsable de los archivos funciona en la carrera 13 No. 28 – 17 TORRE EDIFICIO PALMA REAL, Bogotá o la entidad que tenga la custodia del archivo en cuestión, información que deberá suministrar el demandado.

2.2. INSPECCION JUDICIAL CON INTERVENCION DE PERITO EN LAS OFICINAS DE ALIANSALUD (PARA LOS RECOBROS CON GLOSA TOTAL)

Solicito que se decrete una inspección judicial en las oficinas de ALIANSALUD con la intervención de un perito experto en materias contables, financieras y de auditoria, destinada a verificar la existencia de los recobros que fueron materia de glosa total, el motivo de glosa, así como los soportes correspondientes y el saldo dejado de pagar.

Se solicita esta prueba dado que se trata de un volumen importante de documentos.

Dirección: Calle 116 No. 15B – 08, Bogotá

3. DICTAMENES PERICIALES

3.1. DICTAMEN PERICIAL ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO

Solicito que se decrete un dictamen pericial de carácter financiero mediante el cual se cuantifique:

- Se verifique la existencia de los recobros que fueron materia de glosa parcial, el motivo de glosa, el cumplimiento de los requisitos previstos en las reglamentaciones, así como los soportes correspondientes. Para este fin el perito analizará los recobros existentes en el archivo del FOSYGA.
- Se verifique la existencia de los recobros que fueron materia de glosa total, el motivo de glosa, el cumplimiento de los requisitos previstos en las reglamentaciones, así como los soportes correspondientes. Para este fin el perito analizará los recobros existentes en el archivo de ALIANSALUD.
- Se cuantifiquen los perjuicios sufridos por ALIANSALUD por el no pago de las solicitudes de reembolso que forman parte de la demanda.

La cuantificación del daño emergente corresponde a los valores que fueron dejados de pagar a ALIANSALUD a que se refiere esta solicitud.

La cuantificación del lucro cesante corresponde a los intereses de mora previstos en el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002 (tasa de interés aplicables a los impuestos administrados por la DIAN), entre la fecha en que debió ser pagado cada uno de los recobros y la fecha de la sentencia.

El perito emitirá su dictamen con base en los documentos físicos en las inspecciones judiciales que se practiquen o sobre los documentos en archivo magnético si así lo dispone el Despacho.

3.2. DICTAMEN PERICIAL DE CARACTER MEDICO

Solicito se decrete un dictamen pericial a cargo de un auditor médico, con el objeto de que verifique que las prestaciones otorgadas por ALIANSALUD por concepto de fallos de tutela que aquí se demandan no se encuentran cubiertos por el POS, por lo cual deben ser pagadas a ALIANSALUD con cargo al FOSYGA.

El perito emitirá su dictamen con base en los documentos físicos en las inspecciones judiciales que se practiquen o sobre los documentos en archivo magnético si así lo dispone el Despacho.

VI. NORMATIVIDAD APLICABLE

- Ley 100 de 1993
- Decreto Ley 1281 de 2002
- Decreto Ley 019 de 2012
- Acuerdos 008 de 2009 y 29 de 2011 de la CRES: se adjuntan los textos del Acuerdo.
- Resoluciones del Ministerio de Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social)

Las siguientes Resoluciones se encuentran publicadas en la Página web del Ministerio de Salud y Protección Social:

- Resolución 3099 de 2008
- Resolución 3754 de 2008
- Resolución 548 de 2010
- Resolución 4377 de 2010
- Resolución 1089 de 2011
- Resolución 5395 de 2013

VII. CUANTIA, COMPETENCIA Y PROCEDIMIENTO

La cuantía de la demanda, sin tener en cuenta el ajuste por inflación ni los intereses, asciende a la suma de \$ \$369.404.340, según las Bases de Datos y los gastos administrativos, los cuales son indicativas e ilustrativas de la cuantía, pues la demanda se refiere a la totalidad de perjuicios ocasionados con la aplicación indebida de glosas a las solicitudes de recobro presentadas por ALIANSALUD.

Es competente para conocer de este asunto los Juzgados Laborales del Circuito de Bogotá, en primera instancia, de conformidad con el artículo 2º del Código de Procedimiento Laboral.

VIII. JURAMENTO ESTIMATORIO

En cumplimiento de lo señalado por el artículo 206 del Código General del Proceso y bajo la gravedad de juramento estimamos que la siguiente es una estimación razonada de la cuantía:

1. DAÑO EMERGENTE:

El daño emergente asciende a la suma de \$369.404.340 que corresponden a:

- 1.1. Por concepto de glosas de carácter total aplicadas a 236 ítems recobrados por servicios NO POS por un valor de \$326.370.934.
- 1.2. Por concepto de glosas de carácter parcial sobre 54 ítems recobrados por servicios NO POS por un valor de \$ \$9.451.194.
- 1.3. Gastos Administrativos correspondientes al 10% de total del valor glosado de manera improcedente, el cual corresponde a \$33.582.212.

2. LUCRO CESANTE

Equivalente a los intereses moratorios liquidados sobre el valor de cada uno de los ítems a que se refiere el punto anterior, desde el momento en que debieron ser pagados (a los 2 meses siguientes a la radicación del recobro según el artículo 13 de la Resolución 3099 de 2008 del Ministerio de Protección Social y el artículo 35 de la Resolución 5395 de 2013 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social) hasta la fecha del fallo, calculados a la tasa de interés moratorio establecida para los tributos administrados por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales conforme lo dispone el artículo 4 del Decreto Ley 1281 de 2002.

Nota: el juramento estimatorio respecto de cada pretensión equivale al valor de la misma detallado en el punto segundo de las pretensiones, al cual habrá de agregarse los respectivos intereses.

De manera subsidiaria se solicita el ajuste por inflación de la suma adeudada a ALIANSALUD conforme al Índice de Precios al Consumidor, calculado desde el momento en que se debió pagar tal suma al momento en que sea efectivamente recibida por mi representada.

IX. RECLAMACIÓN ADMINISTRATIVA COMO REQUISITO DE PROCEDIBILIDAD

Con el objetivo de agotar el requisito de procedibilidad previsto en el artículo 6º del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, ALIANSALUD presentó reclamación administrativa ante el Ministerio de Salud y Protección Social el día 21 de mayo de 2015 (número de radicado 201542300848252) por los mismos hechos que dan base a la presente acción.

Debe resaltarse que luego de hacer una depuración de la información, los recobros que deben ser reconocidos a favor de ALIANSALUD disminuyeron según aparece en los acápites de Pretensiones y Hechos.

X. ANEXOS

1. Poder para actuar ante la jurisdicción laboral.
2. Certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio.
3. Documentos citados en el Capítulo de Pruebas.
4. Copia de la reclamación administrativa ante el Ministerio de Salud y Protección Social.
5. CD con la base de datos correspondiente a los recobros que son materia de esta demanda
6. Dos DVDs con las imágenes correspondientes a los documentos soporte de cada cuenta de cobro.
7. CD con documentos técnicos mencionados en el capítulo de pruebas.
8. Copia de la demanda y anexos para el traslado a la Parte Demandada.
9. Copia de la demanda y anexos para el traslado al Ministerio Público.
10. Copia de la demanda y anexos en medio magnético para el traslado a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.
11. Copia para el archivo.

XI. NOTIFICACIONES

Para todos los efectos se informan las siguientes direcciones:

DEMANDANTE: Calle 63 No. 28-76, Bogotá. Tel. 7565656, ext 3755.
Correo electrónico: notificacionesjudiciales@aliansalud.com.co

APODERADO: Carrera 14 No. 112-20, Of. 102, Bogotá. Tel. 2144186. Cel 3213732904.
Correo electrónico: juanmanuel@diazgranados.co y juanmadiazg@gmail.com

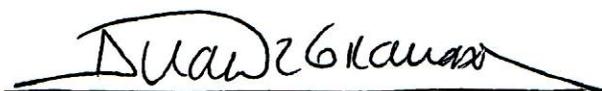
DEMANDADO: Carrera 13 No. 32-76 de Bogotá. Tel. 3305000, ext 2304 y 2305. Fax 3368007.
Correo electrónico: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

AGENCIA NACIONAL DE DEFENSA JURIDICA DEL ESTADO: Carrera 7 No. 75 – 66, Pisos 2 y 3, Bogotá, Conmutador 2558955 – Fax 2558933.

Buzón para despachos judiciales:

<http://www.defensajuridica.gov.co/servicios-al-ciudadano/buzon-y-envio-de-informacion/Paginas/procesos-contras-entidades-publicas.aspx>

Respetuosamente,



JUAN MANUEL DIAZ-GRANADOS ORTIZ
C.C. 79.151.832
T.P. 36002 del C. S. de la J.