

Desarrollo →

1) FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Con relación a mi representado existe una evidente Falta de Legitimación en la Causa por Pasiva, porque no hay una conexidad entre los hechos que motivaron el litigio y las potestades asignadas al Ministerio de Salud y Protección Social, pues los hechos y las pretensiones se encaminan básicamente y directamente en señalar el incumplimiento del Distrito Especial, Deportivo, Cultural, Turístico, Empresarial y de Servicios de Santiago de Cali, en el pago de las cuentas por concepto de los servicios de salud en urgencias y atención primaria brindados a la población pobre vulnerable del Distrito de Cali, actuaciones administrativas en las cuales no participó el ministerio, pues como bien se aduce en los hechos de la demanda, la cartera ministerial en ejercicio de sus atribuciones legales expidió el decreto 064 de 2020, que en el marco de sus competencias legales constituye una línea de política en materia de salud en Colombia para garantizar la universalización de la cobertura del aseguramiento en salud de la población no afiliada, pero no es el encargado de realizar procesos de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni prestar servicios de salud, toda vez que estas facultades están en cabeza de las Entidades Promotoras de Salud – EPS-, los prestadores de servicios de salud y las entidades territoriales, estas últimas que deben asumir los gastos en salud que se deriven de la atención a población pobre que no haya surtido el proceso de afiliación, tal como lo dispone el artículo 236 de la Ley 1955 de 2019.

Lo anterior tiene respaldo en el concepto técnico 2024320100449993 del 12 de noviembre de 2024, emitido por la Dirección de Financiamiento Sectorial del Ministerio de Salud y Protección Social, en el que precisó:

“(…)

1- Atención de urgencia de la Población Pobre No Asegurada -PPNA

Los servicios de salud que se presten a la Población Pobre No Afiliada -PPNA, le corresponde a los departamentos, distritos y municipios certificados su reconocimiento y pago, de acuerdo con el siguiente contexto normativo:

El artículo 168 de la Ley 100 de 1993[1] establece que **“La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas, independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa. (...)”** (negrilla fuera de texto); así mismo, el artículo 67 de la Ley 715 de 2001[2] también señala que **“(…) Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. (...)”**.

De acuerdo con lo previsto por el artículo 49 de la Constitución Política y en concordancia con el artículo 153 de la Ley 100 de 1993[3], y los artículos 43, 44 y 45 de la Ley 715 de 2001[4], los servicios de salud se prestan en forma descentralizada, esto es, son las entidades territoriales quienes tienen la competencia para la dirección y coordinación del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en el ámbito de su jurisdicción; función que incluye, la gestión para que la atención se adelante de manera oportuna, eficiente y con calidad a través de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

En este sentido, el artículo 44 de la citada Ley 715 de 2001 establece entre las funciones de los municipios, las de **“Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y**

seleccionar a los beneficiarios del Régimen Subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia” y “Promover en su jurisdicción la afiliación al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.”. Así mismo, con relación a la certificación de los municipios en la prestación de los servicios de salud, el parágrafo del mencionado artículo 44 determina que, aquellos municipios que hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán continuar haciéndolo, si cumplen con la reglamentación que se establezca; y el parágrafo del artículo 45 de la misma ley, indica que los distritos y municipios que no hayan asumido la prestación de los servicios de salud, podrán hacerlo si cumplen con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno nacional.

De igual manera, el artículo 2.5.4.1.2 del Decreto 780 de 2016[5] establece que *“Se entiende por asunción de la prestación de los servicios de salud por parte de los municipios certificados, la gestión de los recursos propios o asignados para garantizar la prestación de servicios de salud de baja complejidad requeridos por la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, de manera oportuna y eficiente, a través de las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, atendiendo el diseño de la red de prestación de servicios de salud definida por el respectivo departamento y las normas relacionadas que regulan y controlan la oferta.(...)”.*

Aunado a lo anterior, el primer inciso del artículo 45 ibidem señala que *“Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.”.*

Así mismo, debe tenerse en cuenta que, los artículos 1, 3, 6, 7, 8, 9 y 10 del Decreto 1760 de 1990, compilado en el Decreto 780 de 2016, en concordancia con los artículos 1, 3 y 6 de la Ley 10 de 1990[6], establecen los niveles de atención, tipos de servicio, grados de complejidad, los criterios de clasificación de cada uno de los niveles de complejidad de la atención en salud, así como la responsabilidad de las entidades territoriales, en el marco de los principios básicos del servicio público de salud, principalmente, la complementariedad y subsidiariedad.

2- Responsabilidad de Pago Población Pobre No Asegurada -PPNA

Respecto a la **responsabilidad en el pago de los servicios prestados a la PPNA**, el artículo 47 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 233 de la Ley 1955 de 2019[7], determina que, a partir del 1 de enero de 2020 el 3% de los recursos del Sistema General de Participaciones -SGP en Salud se destinará y distribuirá para el componente subsidio a la oferta.

Por su parte el artículo 52 de la Ley 715 de 2001, modificado por el artículo 235 de la Ley 1955 de 2019, definió el subcomponente de Subsidio a la Oferta como una asignación de recursos para concurrir en la financiación de la operación de la prestación de servicios y tecnologías por parte de instituciones públicas o infraestructura pública administrada por terceros, ubicadas en zonas alejadas o de difícil acceso que sean monopolio en servicios trazadores y no sostenibles por venta de servicios. De igual manera, determinó que *“Los recursos para financiar este subcomponente se distribuirán entre los municipios y distritos certificados y los departamentos con instituciones de prestación de servicios de que trata el inciso anterior, de conformidad con los siguientes criterios: población total, porcentaje de pobreza de cada entidad territorial, ruralidad y densidad poblacional.”* (subrayado fuera de textos). En este contexto, a partir de la vigencia 2020 no se asignan recursos del SGP de prestación de servicios en lo no cubierto con subsidios a la demanda y en ese sentido tampoco aportes patronales.

Adicionalmente, el artículo 236 de la Ley 1955 de 2019 estableció que, con la finalidad de lograr la cobertura universal del aseguramiento, se hace necesario que la entidad territorial competente, en coordinación con las EPS y las IPS públicas o privadas, afilien a las

personas cuando requieran la prestación de servicios de salud, al régimen que corresponda, teniendo en cuanto su capacidad de pago, y que **“Los gastos en salud que se deriven de la atención a población pobre que no haya surtido el proceso de afiliación definido en el presente artículo, serán asumidos por las entidades territoriales.”** (negrilla fuera de texto). En este sentido, las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, según corresponda, deben asumir el pago por concepto de la prestación de servicios de la población no afiliada con recursos propios.

En concordancia con lo anterior, se expidió el Decreto 064 de 2020 y, posteriormente, el Decreto 616 de 2022 mediante los cuales se modificaron algunas disposiciones del Decreto 780 de 2016, con el propósito de lograr cobertura universal y la continuidad de los afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS. Por lo tanto, en lo que respecta a las atenciones en salud para la población que no se encuentra afiliada al SGSSS, independiente del nivel de atención de la IPS en la cual se preste el servicio, debe considerarse, entre otros, lo establecido en el artículo 2.1.5.1.4 del Decreto 780 de 2016, donde se indica que, en los casos en los que una persona no se encuentre afiliada al SGSSS o se encuentre con novedad de terminación de la inscripción en la entidad promotora de salud, le compete a la Entidad Territorial distrital y municipal o al Prestador (IPS o ESE) efectuar la afiliación de oficio de manera inmediata al sistema.

En tal sentido, la población que se identificaba anteriormente como PPNA, bien sea por las actividades de focalización de la Entidad Territorial (artículo 44.2.2., Ley 715 de 2001) o por la mediación de un servicio de salud por parte de un Prestador (artículo 2.1.5.1.4 del Decreto 780 de 2016), debe afiliarse de forma inmediata a una EPS, quien asumirá los costos de las atenciones conforme al Plan de Beneficios en Salud y las reglas que se determinen para los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC.

En conclusión, en el evento que se presten atenciones en salud a población que no surta el trámite de afiliación, los gastos correspondientes deberán ser asumidos por la entidad territorial competente, de conformidad con lo señalado en el artículo 236 de la Ley 1955 de 2019, esto es, los municipios certificados, distritos o departamentos, según sea el caso. Lo anterior, concordante con el tipo de servicio prestado, el nivel de atención del prestador y el grado de complejidad de la atención en salud; todo esto, en complementariedad con lo establecido en el artículo 6 de la Ley 10 de 1990, referente a la responsabilidad de la entidad territorial de acuerdo con el nivel de atención.

En este sentido, para la radicación, auditoría, reconocimiento y pago de las facturas proferidas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS debe tenerse en cuenta los procesos establecidos por cada entidad territorial.

Ahora bien, no obstante, que en las pretensiones del convocante se refiere a la prestación de servicios a la población pobre no asegurada -PPNA, a continuación, se emite el concepto sobre el reconocimiento y pago de los servicios prestados a la población migrante no asegurada, población que también se menciona en los hechos que motivan dicha solicitud.

3- Responsabilidad en el pago atención en salud población migrante no asegurada

Con respecto a la población migrante no afiliada al SGSSS, debe tenerse en cuenta que, el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 establece que *“La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud a todas las personas. Para el pago de servicios prestados su prestación no requiere contrato ni orden previa y el reconocimiento del costo de estos servicios se efectuará mediante resolución motivada en caso de ser un ente público el pagador. (...)”*, de igual manera, en cumplimiento de la garantía prevista en el literal b) del artículo 10 de la Ley 1751 de 2015, toda persona tiene derecho a recibir atención de urgencias sin que sea exigible un pago previo alguno.

En este contexto, la responsabilidad en el pago de la atención depende directamente de la capacidad económica del migrante que ha recibido la atención, por tanto, cuando la persona no tiene seguro que cubra la atención o no tiene capacidad de pago, la financiación de la atención de urgencia estará a cargo de las entidades territoriales de orden departamental o distrital.

De conformidad con el numeral 43.2.11 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001, adicionado por el artículo 232 de la Ley 1955 de 2019[8], **corresponde a las entidades territoriales departamentales y distritales** “Ejecutar los recursos que asigne el Gobierno nacional para la atención de la población migrante y **destinar recursos propios, si lo considera pertinente.**” (negrilla fuera de texto).

Así mismo, conforme el artículo 57 de la Ley 1815 de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social profirió el Decreto 866 de 2017, sustituido por el Decreto 2408 de 2018 y compilado en el Decreto 780 de 2016, mediante el cual **se creó una fuente de recursos complementaria para la financiación de la atención inicial de urgencias prestada en el territorio colombiano a los migrantes de países fronterizos**, que a la fecha no han regularizado su permanencia en el país. Esta fuente de recursos ha sido incluida en las leyes que decretan el Presupuesto General de la Nación, de las vigencias 2017 a 2023; es así que, el artículo 45 de la Ley 2342 de 2023[9], señala que:

“(…) Previa cobertura de los riesgos amparados con cargo a los recursos de que trata el artículo 2.6.1.4.1.1 del Decreto 780 de 2016, se financiará, con cargo a dichos recursos la Sostenibilidad y Afiliación de la Población Pobre y Vulnerable asegurada a través del Régimen Subsidiado; **una vez se tenga garantizado el aseguramiento, se podrán destinar recursos a financiar otros programas de salud pública.**

También podrán ser financiados con dichos recursos, en el marco de lo dispuesto por el artículo 337 de la Constitución Política y los tratados e instrumentos internacionales vigentes, los valores que se determinen en cabeza del Estado colombiano por las atenciones iniciales de urgencia que sean prestadas a los nacionales colombianos en el territorio extranjero de zonas de frontera con Colombia, al igual que las atenciones iniciales de urgencia prestadas en el territorio colombiano a los nacionales de los países fronterizos, de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno nacional. (…).

Los excedentes de los recursos de que trata el artículo 2.6.1.4.1.1 del Decreto 780 de 2016, con corte a 31 de diciembre de 2023, serán incorporados en el presupuesto de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y se destinarán a la financiación del aseguramiento en salud”. (negrilla fuera de texto).

Así mismo, el artículo 154 de la Ley 2294 de 2023 establece que **“La Nación cofinanciará las atenciones en salud de la población migrante no afiliada; para el efecto, se destinarán los excedentes de los recursos de que trata el literal j) del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015 así como los excedentes de los recursos de que trata el artículo 198 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia. Estos recursos se incorporarán en el presupuesto de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social -ADRES- de la siguiente vigencia y serán asignados por el Ministerio de Salud y Protección Social a los departamentos y distritos, quienes los ejecutarán en cumplimiento del numeral 43.2.11 del artículo 43 y el artículo 45 de la Ley 715 de 2001. Esto podrá aplicarse una vez garantizado el aseguramiento en salud.”** (Subrayado fuera de texto).

Se resalta que, los recursos de la contribución de SOAT y FONSAT a que hace referencia el artículo 154 de la Ley 2294 de 2023 tienen como objetivo financiar las atenciones en salud e indemnizaciones derivadas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos y terroristas, así como los gastos del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas, por lo cual, una vez se encuentran financiados dichos programas, **la prioridad de los recursos es la financiación del aseguramiento en salud** y, en el evento en que a 31 de



diciembre de cada vigencia se evidencien excedentes, estos podrán ser destinados a la cofinanciación de la atención de la población migrante no afiliada al SGSSS.

Lo anterior indica que, hasta tanto se tenga garantizado el aseguramiento, dicha fuente no puede ser destinada para el pago de las atenciones de urgencia prestadas a la población migrante no afiliada al SGSSS, sobre lo cual es pertinente mencionar que en las vigencias 2021 y 2022 no se generaron excedentes de recursos que permitieran al Ministerio de Salud y Protección Social realizar asignaciones a las entidades territoriales para la cofinanciación de estas atenciones de urgencia; y que, en el evento que, en la vigencia 2023 se hayan generado excedentes, los mismos no se podrán destinar a la financiación de la población migrante, puesto que el artículo 45 de la Ley 2342 de 2023 determina que dichos excedentes tendrán como destino el aseguramiento en salud.

En el contexto de lo anteriormente descrito, **los departamentos y los distritos certificados en salud son los responsables del reconocimiento y pago de la facturación por concepto de las atenciones de urgencia que se brinde a la población migrante no afiliada que no tengan capacidad de pago**, en armonía con los procesos que tenga establecidos la entidad territorial, para la presentación, auditoría, reconocimiento y pago de las facturas proferidas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS; así mismo, la financiación de estos servicios se asumen con cargo a los recursos de libre destinación que la entidad territorial (departamentos y distritos) determine, o con aquellos recursos asignados por la Nación.

Ahora bien, con base en la necesidad de recursos manifestada por los departamentos y distritos para el pago de las atenciones de urgencia de la población migrante, en el año 2021 este Ministerio solicitó al Ministerio de Hacienda y Crédito Público –MHCP- asignar los recursos para el pago de estas deudas, situación que se materializó con la expedición del Decreto No. 1199 del 4 de octubre de 2021, el cual adicionó al Presupuesto de Gastos de Funcionamiento del Ministerio de Salud y Protección Social una partida por valor de \$500.000 millones para cofinanciar el pago de estas atenciones de urgencia. En este sentido, la Dirección de Financiamiento Sectorial de este Ministerio, solicitó a los representantes legales de las entidades territoriales departamentales y distritales remitir información sobre el valor pendiente de pago de la facturación auditada, conciliada y reconocida, por concepto de atenciones de urgencias prestadas a la población migrante correspondiente a las cuentas radicadas con corte al 30 de abril de 2021 por parte de cada una de las IPS públicas, privadas y mixtas, así como certificar el valor adeudado.

En la vigencia 2022, toda vez que, se tenía un saldo del presupuesto asignado por la Nación para tal fin de la vigencia fiscal 2021, en los meses de enero y mayo de 2022 se requirió nuevamente a los departamentos y distritos, actualizar la certificación de la deuda reconocida pendiente de pago por concepto de las atenciones de urgencias prestadas a la población migrante regular no afiliada e irregular que hayan sido radicadas al 30 de abril de 2021. En este sentido, mediante Resolución 1199 del 12 de julio 2022 se asignaron recursos por valor de \$39.576.457.800

Así mismo, este Ministerio, mediante la Resoluciones 1832 de 2021, 2205 de 2022 y 2025 de 2023 distribuyó y asignó recursos correspondientes al proyecto de inversión "Fortalecimiento de la atención en salud de la población migrante no asegurada Nacional", por valor de \$41.454 millones con destinación exclusiva a la cancelación de las deudas por concepto de paquetes de servicios de urgencia por atención del parto por vía vaginal o por cesárea y a la inserción o implantación del dispositivo intrauterino (DIU) o semipermanente intradérmico, a mujeres gestantes venezolanas no aseguradas, atendidas por las Empresas Sociales del Estado.

Ante la necesidad de recursos manifestada por los departamentos y distritos certificados en salud, este Ministerio solicitó en diciembre de 2023 al Ministerio de Hacienda y Crédito Público - MHCP la disposición de recursos para contribuir en el pago de las atenciones a la

población migrante no asegurada y otros programas en salud, por lo cual el MHCP informo que, el Ministerio de Trabajo realizó un traslado al Ministerio de Salud y Protección Social, para ser transferidos a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, para priorizar el pago de las obligaciones en el marco de la garantía de derecho fundamental a la salud de la población. En este sentido, ADRES, en el mes de marzo de 2024, certificó una disponibilidad de \$326.926 millones para cofinanciar el pago de las deudas por los servicios de urgencia prestados a la población migrante, de acuerdo con la Resolución del CONFIS No. 001 del 20 de febrero de 2024.

En este contexto, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución No. 1769 de 2024 del 18 de septiembre de 2024 *"Por medio de la cual se asignan recursos a los departamentos y distritos certificados en salud destinados a la cofinanciación de las atenciones de urgencias prestadas a la población migrante no asegurada o en condición irregular, y se establecen las condiciones para el giro de los recursos a la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud"*, a través de la cual, se **distribuyen y asignan recursos por valor de \$326.926 millones** a las entidades territoriales que realizaron el reporte de información de que trata la Resolución 220 de 2024, modificada por la Resolución 1058 de 2024, con corte al 30 de junio de 2024, con el propósito de contribuir en el saneamiento de las deudas que los departamentos y distritos certificados en salud tienen con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, privadas y mixtas, por las facturas radicadas durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2020 el 30 de junio de 2024, con estado auditada, reconocida y pendiente de pago, por concepto de atenciones de urgencias prestadas a la población migrante no asegurada, que permita contribuir en el saneamiento de dichas deudas.

Igualmente, se informa que, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 220 de febrero de 2024, modificada por la Resolución 1058 de junio de 2024, mediante la cual definió los términos y condiciones para el reporte de información periódica por parte de los departamentos y distritos certificados en salud relacionada con la facturación que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS, públicas, privadas y mixtas, radican por concepto de atención de urgencias a la población migrante no afiliada, con el propósito de consolidar y monitorear el comportamiento de la facturación que radican las IPS a las entidades territoriales por dicho concepto, cuya información servirá de soporte e insumo para la distribución de recursos económicos para la cofinanciación de estas atenciones en salud, una vez se disponga de recursos por parte del MHCP.

Partiendo del contexto normativo señalado, la Dirección de Financiamiento Sectorial se permite realizar las siguientes precisiones:

- En el evento que se presten atenciones en salud a **población que no surta el trámite de afiliación, los gastos correspondientes deberán ser asumidos por la entidad territorial competente**, de conformidad con lo señalado en el artículo 236 de la Ley 1955 de 2019, esto es, los municipios certificados, distritos o departamentos, según sea el caso. Lo anterior, se señala que el responsable del pago de las atenciones de baja complejidad será el municipio certificado, en caso de no ser certificado, le corresponderá al departamento asumir el costo de todas las atenciones (I, II y III nivel de complejidad), ordenadas a la población pobre no asegurada PPNA, durante la atención inicial de urgencias, ya que está a su cargo la atención de los servicios de salud a la población pobre no asegurada de la jurisdicción, de conformidad con lo establecido en el artículo 43 de la Ley 715 de 2001.
- Los servicios de salud que se brinden a la población migrante que se encuentra en condición irregular o regular no afiliada al SGSSS, lo que ha previsto la norma es la financiación de aquellos servicios correspondientes a urgencias, los cuales se asumen con **cargo a los recursos de libre destinación que la entidad territorial del orden departamental o distrital determine para ese propósito** o con aquellos asignados desde la Nación, en caso que no puedan ser asumidos por el migrante, de conformidad

con lo previsto en el numeral 43.2.11 del artículo 43 de la Ley 715 de 2001, adicionado por el artículo 232 de la Ley 1955 de 2019.

- De conformidad con lo previsto en el artículo 287 de la Constitución Política, las entidades territoriales gozan de autonomía para la gestión de sus intereses y, en consecuencia, a ellas corresponde, entre otras, ejercer las competencias que les son propias y administrar los recursos que les pertenecen. En ese sentido, corresponde al Distrito de Cali, en ejercicio de su autonomía, establecer los procesos para el reconocimiento (auditoría médica y administrativa, objeciones y glosas) y pago de las facturas proferidas por las IPS.
- Los recursos de que trata el artículo 154 de la Ley 2294 de 2023 y artículo 45 de la Ley 2342 de 2023, es decir, los correspondientes a los excedentes de la contribución de SOAT y FONSAT, tienen como objetivo financiar las atenciones en salud e indemnizaciones derivadas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos y terroristas, así como los gastos del Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas. Una vez se encuentran financiados dichos programas, la prioridad de los recursos es la financiación del aseguramiento en salud y, en el evento en que a 31 de diciembre de cada vigencia se generen excedentes, estos podrán ser destinados a la cofinanciación de la atención de la población migrante.

Citas Legales:

[1] Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

[2] Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

[3] Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.

[4] Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

[5] Por el cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

[6] Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

[7] Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”.

[8] Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”.

[9] Por la cual se decreta el presupuesto de rentas y recursos de capital y ley de apropiaciones para la vigencia fiscal del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023.

(...)”

Por lo expuesto en precedencia, se concluye que de conformidad con lo previsto en el Decreto 4107 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social tiene como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, pero **NO le corresponde ordenar u autorizar a las entidades territoriales, para que realicen el pago de las atenciones en salud de su competencia.**

Así, como el ministerio no tuvo participación alguna en la relación de los hechos esgrimidos por la demandante en los que sustenta la presunta responsabilidad, no existe legitimación en la causa por pasiva en cabeza de este ente ministerial para responder por las pretensiones de la demanda.

2) EL DEMANDANTE NO DEMOSTRÓ LOS PRESUPUESTOS DE LA CCIÓN QUE PRETENDE EN EL PROCESO (*in rem verso*)

En el presente caso, el demandante pretende una declaración de responsabilidad de los demandados por el no pago de los servicios de salud en urgencias y otros servicios, prestados en los meses de enero a septiembre de 2020 a la población pobre vulnerable o sin aseguramiento (PPNA), y a población migrante principalmente venezolana.

No obstante, hay una orfandad probatoria respecto de los servicios que se aduce, fueron prestados por la ESE demandante, es decir, no se encuentran los soportes que den cuenta sobre la efectiva prestación del servicio, pues las pretensiones se basan en el presunto enriquecimiento sin causa de los demandados a costa de su empobrecimiento, requisito que debe ser acreditado al tenor de lo dispuesto por el órgano de cierre (...) *El reconocimiento judicial del enriquecimiento sin causa y de la actio de in rem verso, en estos casos excepcionales deberá ir acompañada de la regla según la cual, el enriquecimiento sin causa es esencialmente compensatorio y por consiguiente el demandante, de prosperarle sus pretensiones, sólo tendrá derecho al monto del enriquecimiento.*(...)¹

Ahora, Sobre la necesidad de acreditar efectivamente que lo cobrado sí fue realizado, el Consejo de Estado en el pronunciamiento 41.233 del 8 de junio de 2017 (precisó que el enriquecimiento sin causa es fuente de obligaciones siempre y cuando se reúna la totalidad de los siguientes requisitos: ²:

- 1- *La existencia de un enriquecimiento, esto es, que el obligado haya obtenido una ventaja o beneficio patrimonial (ventaja positiva) o que su patrimonio no haya sufrido detrimento alguno (ventaja negativa),*
- 2- *El empobrecimiento correlativo, lo cual significa que la ventaja obtenida por el enriquecido se haya traducido consecuentemente en una mengua patrimonial para el empobrecido y*
- 3- *La ausencia de causa jurídica que justifique el empobrecimiento sufrido por el afectado como consecuencia del enriquecimiento del beneficiado, es decir, que sea injusto*

Con base en los precedentes antes citados, las condiciones son conjuntivas y no disyuntivas; por tanto, era necesario que además de acreditar la facturación, se acompañara cualquier clase de prueba que acreditara que lo facturado corresponde a servicios que efectivamente se prestaron y en el proceso no existe la prueba que su empobrecimiento sea correlativo con el enriquecimiento de los demandados, pues las facturas cuyo pago se reclaman por sí solas no demuestran que el servicio corresponda fielmente a lo prestado.

3) SOLICITUD DE CONDENA EN COSTAS A CARGO DE LA DEMANDANTE Y A FAVOR DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Tal como se hizo precisión respecto de la competencia de los entes territoriales departamentales y distritales, para ejecutar los recursos que asigne el gobierno nacional para la atención de la población migrante y destinar recursos propios, si lo considera pertinente, esta defensa considera que la cartera de salud ha sido vinculada al proceso sin fundamento

¹ Consejo de Estado en Sentencia de Unificación 24.897 del 19 de noviembre de 2012 - C.P Jaime Orlando Santofimio Gamboa - Consejo De Estado - Seccion Tercera, Sentencia de Unificación 73001-23-31-000-2000-03075-01(24897)

² C. P. Ramiro Pazos Guerrero - Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia 73001233100020080007601 (41233) del 8 de junio de 2017)



legal, pues la demanda no tiene la mínima carga argumentativa para denunciar cuál es el débito prestacional incumplido por mi mandante.

En consecuencia, al tenor de lo previsto por el artículo 188 de la Ley 1437 de 2011, como la demanda se presentó con una manifiesta carencia de fundamento legal contra el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, solicito que la ESE demandante sea condenada en costas a favor de mi representado.

PETICIÓN

Con fundamento en lo expuesto anteriormente, solicito respetuosamente al señor Magistrado, declarar la prosperidad de las excepciones propuestas por el MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL y **NEGAR** las pretensiones de la demanda

Cordialmente,

LUZ MARINA VALENCIA BUITRAGO
C.C.No.30.283.066 de Manizales
T.P. 97231 del C.S.J.

Correo electrónico: luzmavalencia@hotmail.com
Celular: 3108915518