

Doctora
JUANITA DEL PILAR MATIZ CIFUENTES
JUEZ SEXTO (6) ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO JUDICIAL
Avenida Ambalá No. 19 – 109
Tel: 0382719258
E – mail: adm06ibague@cendoj.ramajudicial.gov.co
Ibagué - Tolima

REF.

PROCESO: 73001333300620210004900
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: SALUD VIDA EPS
DEMANDADO: DEPARTAMENTO DEL TOLIMA Y NACIÓN – MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Respetada señora Juez,

JUAN RAFAEL PINO MARTÍNEZ, mayor de edad, domiciliado en Bogotá D.C., identificado con la cédula de ciudadanía No. 7.709.119 de Neiva, con Tarjeta Profesional No. 177.253 del Consejo Superior de la Judicatura, actuando en nombre y representación del **Ministerio de Salud y Protección Social** de acuerdo con el poder que ya reposa en la actuación, encontrándome dentro de la oportunidad legal (de acuerdo a lo dispuesto en el Decreto 806 de 2020), me permito presentar **CONTESTACIÓN A LA REFORMA DE LA DEMANDA** dentro del proceso de reparación directa de la referencia instaurado por **LA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SALUD VIDA**, en los siguientes términos:

I. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Me opongo a que se hagan las condenas solicitadas por la parte actora por las razones de hecho y derecho que expondré. A la parte que represento no le constan en su gran mayoría los hechos expuestos por la apoderada de la demandante, por cuanto no tiene ningún conocimiento acerca del trámite realizado a las solicitudes de recobro por prestación de servicios, para su pago ante el DEPARTAMENTO DEL TOLIMA, que efectuó la EPS-S SALUD VIDA.

II. RESPECTO A LOS HECHOS

A mi representada no le constan la mayoría de los hechos expuestos por la parte actora y señalados respecto de la Nación - Ministerio de Salud y Protección Social, por cuanto carecen de fundamento constitucional y legal de acuerdo con las razones de hecho y derecho que más adelante se expresan.

III. FUNDAMENTOS Y RAZONES DE DERECHO FRENTE AL FONDO DEL ASUNTO

Los hechos y razones de derecho que a continuación se exponen tienen sustento, entre otras, en las siguientes disposiciones jurídicas: Ley 100 de 1993, artículos 185, 194, 195; ley 489 de 1998; Ley 10 de 1990; Ley 90 de 1946; Decreto 1750 de 2003; Ley 1955 de 2019.

NATURALEZA Y FUNCIONES DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

El Ministerio de Salud y Protección Social fue creado en virtud de la escisión de que fue objeto el MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL mediante la Ley 1444 de 2011, regulando sus objetivos y

Carrera 13 N° 32 - 76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C.

Teléfono: (57 - 1) 3305000 - Línea gratuita: 018000960020 - fax: (57-1) 3305050 - www.minsalud.gov.co

estructura a través del Decreto 4107 de 2011, en el cual se encuentran demarcados los objetivos y funciones que desempeñara el nuevo Ministerio de conformidad con los parámetros legalmente establecidos, siendo estos los escindidos del Despacho del Viceministro de Salud y Bienestar, y los temas relacionados al mismo, así como las funciones asignadas al Viceministerio Técnico.

El MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, es un organismo perteneciente a la Rama Ejecutiva del poder público, cuyas funciones se encuentran expresamente consagradas en las disposiciones legales, especialmente en las contenidas en las Leyes 10 de 1990; 100 de 1993, 489 de 1.998 y 715 de 2001, y en el Decreto 4107 de 2011, que actúa como ente rector en materia de salud, correspondiéndole en consecuencia, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo.

El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará, establecerá y definirá los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social.

De otra parte, debemos indicar que la Ley 1955 de 2019 estableció la política pública conocida como "Acuerdo de Punto Final - APF", la cual tiene como objetivo la sostenibilidad financiera del SGSSS como vía para garantizar el derecho fundamental de salud en el mediano y largo plazo, para lo cual se han desarrollado medidas de: 1) saneamiento de las cuentas asociadas a servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC; y 2) transformación de los mecanismos de gestión y financiación de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC a futuro para garantizar el acceso equitativo y eficiente para todos los usuarios del sistema. Frente al saneamiento de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del régimen subsidiado prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019 definió las reglas, términos y condiciones para el saneamiento definitivo de las cuentas por pagar que están a cargo de las entidades territoriales

Así mismo, el numeral 43.2.10. del artículo 43 de la Ley 715 de 2001, adicionado por el artículo 232 de la Ley 1955 de 2019, estableció que una de las competencias de los departamentos en la prestación de servicios de salud es la de "Realizar la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de su jurisdicción, prestados hasta el 31 de diciembre de 2019"

En concordancia con lo anterior, conforme se señala en el numeral 7 del título "II. CONSIDERACIONES FÁCTICAS" del documento de Reforma de la Demanda anexo a la solicitud, el demandante da a conocer que entre el Departamento del Tolima y Salud Vida EPS en Liquidación, se generó un proceso de conciliación en el marco de lo dispuesto en el artículo 238 de la Ley 1955 de 2019, antes enunciado, donde el Departamento del Tolima, como responsable del pago de este tipo de obligaciones, realizó la cancelación de los valores sobre los cuales se tuvo acuerdo, dejando un monto sin conciliar de \$12.028.841, valor objeto de la demanda.

Así, las EPS e IPS que dentro de la política de APF sometan sus obligaciones al proceso de aclaración a través de las actividades de auditoría que realizan las respectivas Entidades Territoriales Departamentales y Distritales, para el caso del Régimen Subsidiado, serán objeto de reconocimiento de conformidad con los resultados de la auditoría. Teniendo en cuenta estas consideraciones, se informa que las gestiones para el reconocimiento y pago de dicha deuda se deben hacer directamente con cada una de las entidades responsables de pago encargadas de realizar los procesos de auditoría y reconocimiento de los servicios y tecnologías No UPC, cuentas sujetas de saneamiento en la política de Acuerdo de Punto Final.

En este sentido, es la EPS Salud Vida en Liquidación y el Departamento del Tolima, quienes en su calidad de acreedor y deudor, respectivamente, son los que deberán adelantar los procedimientos pertinentes y acordes a la normatividad respecto al trámite de glosas.

Adicionalmente, se señala que, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 define el proceso de revisión y auditoría de facturas que deben surtir las Entidades Responsables del Pago (ERP) de servicios de salud y los acreedores, para el pago de las mismas. Es importante precisar que, si al finalizar el trámite de glosas sobre las facturas de prestación de servicios las partes no logran ponerse de acuerdo, es necesario que se agote la etapa de resolución de conflictos de acuerdo con lo que hayan pactado las partes en el respectivo contrato y/o acudir a los mecanismos de resolución de conflictos de conformidad con lo previsto en el artículo 2.5.3.4.6 del Libro 2, de la Parte 5, del Título 3, del Capítulo 4, del Decreto 780 del 2016, así mismo, debe considerarse lo establecido en las Resoluciones 3047 de 2008 y 416 de 2009, expedidas por este Ministerio frente a las glosas, devoluciones y respuestas, y en caso de no poder conciliar los asuntos en conflicto, se debe tener en cuenta que la Ley 1949 de 2019, previó que este tipo de conflictos se pueden someter a consideración de la Superintendencia Nacional de Salud para que esa entidad los resuelva en ejercicio de la función jurisdiccional que le fue asignada por el legislador.

Conforme a lo expuesto, se concluye que el Ministerio de Salud y Protección Social no tiene ninguna responsabilidad en el pago de este tipo obligaciones, ya de que acuerdo con lo señalado en la normatividad vigente, el pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC de los afiliados al régimen subsidiado de la jurisdicción de cada departamento, que fueron prestados hasta el 31 de diciembre de 2019, es responsabilidad de los mismos departamentos y distritos. Por lo cual, es necesario que la EPS Salud Vida en liquidación, realice el trámite correspondiente de reclamación a la entidad responsable de pago, en este caso, el Departamento de Tolima.

DEL CONCEPTO TÉCNICO EMITIDO POR LA DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

Con el propósito de garantizar el derecho fundamental a la salud en una concepción integral, de acuerdo con lo establecido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, el Ministerio de Salud y Protección Social lideró entre los años 2015 y 2017, la construcción participativa del procedimiento técnico-científico de exclusiones, con el fin de determinar explícitamente aquellos servicios y tecnologías que se **excluyen de la financiación con recursos públicos asignados a la salud**, por cumplir con los criterios señalados en el artículo 15 de la misma Ley, teniendo en cuenta el concepto y recomendaciones emitido por expertos, pacientes, ciudadanos y otros actores.

Con la aplicación de tal procedimiento, se avanzó en establecer los beneficios implícitos reconocidos con recursos públicos asignados a la salud, que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a todas las tecnologías en salud y servicios autorizados en el país, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier contingencia de salud, según la prescripción del profesional tratante, siendo las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a través de su red de prestadores, las responsables de gestionar de forma eficiente, integral y continua, la salud de sus afiliados.

La financiación de dichas tecnologías de salud y servicios está **organizada a través de dos mecanismos de protección que coexisten articuladamente**, para facilitar la materialización del derecho a la salud. Por una parte, se tiene **el aseguramiento como mecanismo de protección colectiva**, que, mancomunando los riesgos derivados de las necesidades en salud de las personas, **utiliza instrumentos para inferir y reconocer una prima**; tal es el caso de la Unidad de Pago por Capitación – UPC y los presupuestos máximos. Por otra parte, **se cuenta con un mecanismo de protección individual**, a través del cual se financia **el acceso a servicios y tecnologías que aún no hacen parte de la protección colectiva, los cuales son financiados** con recursos dispuestos por la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

La competencia de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud a partir del Decreto 4107 de 2011 y el Decreto 2562 de 2012 al ser liquidada la Unidad Administrativa Especial Comisión de Regulación en Salud –UAE CRES, es la de continuar con el proceso de la



actualización del Plan de Beneficios en Salud en el esquema del Aseguramiento en Salud, así como la de establecer las condiciones y criterios para el cálculo y suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación, mas no es la garante de un archivo secundario o accesorio a los conceptos emitidos por las autoridades administrativas competente en el marco de las funciones y las vigencias normativas de las coberturas del Plan de Beneficios en Salud financiados con la Unidad de Pago por Capitación. En consecuencia, es función de la Dirección emitir conceptos de cobertura y de divergencias desde el momento de entrada en vigencia la normatividad particular y especial, así como la creación de esta Dirección; más aún, no es competencia, ni responsabilidad de la Dirección contradecir o cuestionar los conceptos emitidos en su momento por las autoridades administrativas competentes como es el caso de la Comisión de Regulación en Salud –CRES hoy liquidada.

De igual manera, los documentos públicos se consideran válidos y tienen fuerza probatoria hasta tanto no se declare la tacha o falsedad de los mismos y se consideran auténticos con la firma y publicación de quien profirió los actos o documentos; en consideración con lo anterior para la fecha de vigencia y prestación de los servicios o tecnologías en salud que conformaban el conjunto de tecnologías en salud (procedimientos, medicamentos, dispositivos médicos, actividades, intervenciones y servicios entre otros) que las entidades promotoras de salud EPS debería garantizar a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS, con cargo a la prima o valor per cápita denominado por la Ley 100 de 1993 Unidad de Pago por Capitación –UPC son los que en su momento la Comisión de Regulación en Salud CRES para la prestación de servicios establecía y estipulo en la vigencia 2011 a 2013 son los Acuerdos 008 de 2009 y 029 de 2011, con los anexos que hacen parte integral de dichos actos administrativos.

Por otra parte, al revisar tanto el escrito como los anexos NO se evidencia la fecha de prestación de servicios, para el caso de los medicamentos y servicios que se enuncia en la demanda y reforma de la demanda, siendo claro que **no cumplen los criterios señalados en la normatividad vigente**, al describir el medicamento en forma comercial y no en Denominación Común Internacional –DCI (Decreto 2200 de 2005 incorporado al Decreto 780 de 2016).

Las **obligaciones de las EPS** o entidades responsables del afiliado en el **marco del aseguramiento en salud** a partir de la Ley 100 de 1993 y en congruencia con la Ley **1122 de 2007 artículo 14**, deben **garantizar el conjunto de tecnologías en salud financiados con la UPC** y así mismo el **proceso de recobro ante la autoridad administrativa competente**, según el **periodo y fecha de vigencia**, prestación del servicio y proceso de recobro respectivo; sin embargo, se debe hacer siguiendo las siguientes consideraciones para establecer la cobertura o fuente de financiación respectiva.

Si bien, en cumplimiento del Decreto 2562 de 2012, a la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, le corresponde emitir concepto de cobertura o financiación a través de los mecanismos de protección, estas deben cumplir como se enuncio previamente con base en los siguientes:

1. Para determinar si la tecnología en salud hace parte del conjunto de tecnología en salud de los Beneficios en Salud con cargo a la UPC (antes POS), esto quiere decir, si es procedente la garantía por la entidad promotora de salud –EPS, se **debe establecer la norma vigente** para el **periodo de prestación del servicio**, además si hace parte del principio de integralidad con respecto a las normas vigentes para cada periodo y realizar los análisis respectivos teniendo en cuenta para el caso de los **procedimientos en salud – CUPS**, si se realizaron conforme las actualizaciones inclusiones, modificaciones o ajustes al código y la descripción.
2. En lo que **respecta a los medicamentos si bien es cierto los códigos CUM y ATC**, es en las integraciones de **los requisitos lo que establece la cobertura**, por lo que analizar aisladamente sin la fecha de prestación del servicio no es posible establecer la cobertura o financiación.
3. Hay que tener en cuenta también la relación de la tecnología en salud de los Beneficios en Salud con cargo a la UPC (antes POS) con el principio de integralidad artículo 3 numeral 1 de los diferentes actos administrativos, así como la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10** y la **relación entre el**

procedimiento en salud (tecnología en salud) financiado con la UPC y el **dispositivo médico NECESARIO e INSUSTITUIBLE**.

4. Los medicamentos, conforme la normatividad vigente se deben prescribir y diligenciar en **términos de la Denominación Común Internacional –DCI**, NO con nombres comerciales o de marca.

5. Cada **periodo y actualización culminó con la expedición de actos administrativos** y a la luz de la integridad e integralidad normativa se determina la responsabilidad de la entidad promotora de salud y la financiación con la UPC, para lo cual se relacionan los diferentes actos administrativos así: Reglamentación vigente hasta diciembre de 2009 que definía el POS o servicios de salud que las EPS deben garantizar a los afiliados.

En lo que respecta a las tecnologías en salud (actividades, intervenciones, procedimientos entre otros) al no estar con una codificación o descripción en el marco de la normatividad vigente y del sistema jurídico colombiano, se consideran no autorizados por autoridad competente y en tal sentido se considerarían un vicio jurídico al pretender de un hecho o acto ilícito generar una obligación, debido a que desde la resolución 365 de 1999 y posterior actualización, modificación y sustitución mediante la resolución 1896 de 2001 en lo que respecta a los procedimientos en salud a la luz de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud –CUPS, siendo de obligatorio cumplimiento, todos los agentes y actores del Sistema debería bajo el principio de legalidad cumplir, acatar y respetar.

Independientemente, del mecanismo de protección, sea a través de la Unidad de Pago por Capitación – UPC que se le asigna a las entidades promotoras de salud para que garanticen la prestación a los afiliados al SGSSS o a través del recobro antes al FOSYGA o los entes territoriales, y hoy a La ADRES, serán conforme a la ley y la reglamentación vigente; por lo tanto, en aquellos casos donde no se realizaron las prescripciones y las atenciones conforme el sistema jurídico colombiano, se constituye una violación a los principios legales y constitucionales, por lo que no procede el pago conforme el mandato legal vigente (sea procedente en su momento la Ley 1450 de 2011 artículo 154 y las normas que en su momento definían y establecían las coberturas del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (antes POS) o bajo la exclusión explícita a partir de la Ley 1751 de 2015 artículo 15).

Por último, establecer los criterios de lo NO POS hoy en el marco de la Ley 1751 de 2015 y las leyes 1955 y 1966 de 2019, no es acorde en la actualidad por lo que todo bajo los mecanismos de protección están financiados con recursos públicos asignados a la salud, bien sea a través de la Unidad de Pago por Capitación o por presupuestos máximos. Estos últimos recursos en cumplimiento de la reglamentación del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 se expidieron las resoluciones 205 y 206 de 2020, hoy modificadas por las resoluciones 586 de 2021, 593 y 594 de 2021 respectivamente.

Por otra parte, fue menester de las autoridades administrativas competentes, para el caso de los Acuerdos 008 de 2009 y 029 de 2011 en su momento la Comisión de Regulación en Salud –CRES hoy liquidada. Así las cosas, los documentos y archivos, copias de los mismos se encuentran en la dirección o dependencia del Ministerio donde reposan todos los archivos y documentos de las entidades liquidadas. Desde la Resolución 5521 de 2013, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas se encarga en el marco de sus funciones de establecer las coberturas con la Unidad de Pago por Capitación, los conceptos, el cálculo de la UPC, así como los criterios de no cobertura o financiación con dicha prima, esto es de aquellas tecnologías en salud que no se cubren con la UPC y en consideración a lo anterior procede el reconocimiento con recursos de presupuestos máximos o vía recobro ante la ADRES, según corresponda.

En conclusión, NO se aporte el tipo de tecnología en salud, con su codificación y descripción correspondiente y acorde a la normatividad vigente, y para la fecha de prestación del servicio para establecer el periodo respectivo y la norma que le corresponde con base en las actualizaciones puntuales e integrales, así como los procesos de inclusión o no a la financiación con la Unidad de Pago por Capitación y si procede o NO el recobro en su momento ante el FOSYGA, las entidades territoriales o posterior a la Ley 1753 de 2015 artículo 66 y el Decreto 1429 de 2016 ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES.

Finalmente, los medicamentos señalados en documentos anexos del proceso se evidencian con nombre de marca o comercial y no bajo principio activo en DCI, asimismo, conforme el Acuerdo 029 de 2011 y la Resolución 5521 de 2013 tienen coberturas condicionadas acorde a las notas aclaratorias que se describen en el anexo 1 de las respectivas normas y conforme articuladamente con los artículos respectivos tanto del Acuerdo 008 de 2009 o 029 de 2011 y la Resolución 5521 de 2013 respectivamente.

En los casos en que no se apliquen las condiciones para financiación con la Unidad de Pago por Capitación como son principio activo, concentración, forma farmacéutica y nota aclaratoria de indicación o uso procederá el reconocimiento vía recobro, al no estar descritos los criterios y condiciones y ser obligación de las EPS bajo la responsabilidad del aseguramiento y la delegación de la gestión del riesgo en salud y financiero del afiliado al SGSSS, se hace en primer lugar improcedente establecer la fuente de reconocimiento, como el proceso de recobro al no cumplir lo estipulado en el ordenamiento jurídico colombiano.

IV. EXCEPCIONES PREVIAS

Me permito proponer las siguientes excepciones:

1. FALTA DE LEGITIMIDAD EN LA CAUSA POR PASIVA.

Versa en que el Ministerio de Salud y Protección Social en ningún momento tuvo directa ni solidariamente que ver en el trámite para reconocimiento y pago de las facturas para el recobro de los servicios médicos prestados por la EPS S – SALUD VIDA (demandante).

Con el propósito de ilustrar mejor esta excepción, me permito transcribir parte de la sentencia del 28 de enero de 1994 de la Sección Tercera del H. Consejo de Estado, Magistrado Ponente Daniel Suárez Hernández, donde expresó lo siguiente:

“En todo proceso el juzgador, al presentarse al dictado de la sentencia, primeramente deberá analizar el aspecto relacionado con la legitimación para obrar, esto es, despejar si el demandante presenta la calidad con que dice actuar y si el demandado, conforme a la ley sustancial, es el llamado a enfrentar y responder eventualmente por lo que se le enrostra.

En cuanto a lo primero, se habla de legitimación por activa y en cuanto a lo siguiente se denomina legitimación por pasiva”. (Resalto fuera de texto).

Además, desde la perspectiva del nexo causal se recalca que éste primer término consiste en la determinación de la causa eficiente y determinante en la producción de un presunto daño. La jurisprudencia y la doctrina han indicado que para poder atribuir un resultado a una persona, ya sea natural o jurídica, como producto de su acción es indispensable definir si aquél aparece ligado a ésta por una relación de causa a efecto, no simplemente desde el punto de vista fáctico sino jurídico.

En conclusión, en el presente caso, los presuntos hechos y omisiones se relacionan particularmente con el DEPARTAMENTO DEL TOLIMA, no con la Nación - Ministerio de Salud y Protección Social, razón por la cual no puede legalmente ser vinculada como parte pasiva. El Ministerio de Salud y Protección Social no puede responder por actos administrativos que no profirió, por situaciones de omisión o negligencia que tampoco generó, y como organismo de la administración central del Estado, el Ministerio no tiene como función la de reconocer sumas de dinero para el pago de recobros de servicios prestados POS NBPS, del régimen subsidiado, pues esto es una competencia exclusiva de los entes territoriales, para el caso en particular, del Departamento del Tolima.

Por tanto, no existiendo relación que vincule al Ministerio de Salud y Protección Social con el Departamento del Tolima, no es posible jurídicamente vincular a mi poderdante para que disponga el pago de dichos recobros.

Siendo así las cosas, no puede predicarse que exista el nexo causal entre el actuar del Ministerio y el resultado alegado y las situaciones de hecho en que se fundamentan las pretensiones de la demanda, que permitan inferir solidaridad entre la parte que represento y las demás entidades demandadas, por ser personas jurídicas diferentes, totalmente autónomas y con funciones claramente determinadas por la normatividad vigente.

No debe perderse que la legitimidad en la causa es un presupuesto procesal de la demanda que se colma al dirigir la pretensión contra una Entidad pública o contra un particular que desempeñe funciones propias de los distintos órganos del Estado que se considere responsable del pago de unos conceptos por ser sujeto de la relación jurídica sustancial de la cual se pretende derivar la responsabilidad.

En consecuencia, y como es de claridad diáfana, la Nación- Ministerio de Salud y Protección Social no tiene la competencia de reconocer y cancelar a las EPS Subsidiadas, recobros por servicios de salud POS prestados a sus afiliados, por tal razón debe declararse la falta de legitimidad en la causa por pasiva para comparecer como entidad demandada dentro en este proceso.

En el presente caso, las peticiones adelantadas dentro de la demanda, no deben correr por cuenta del Ministerio de Salud y Protección Social; por lo tanto, no puede legalmente ser vinculado como sujeto de la relación procesal ni por parte activa, ni por pasiva.

V. EXCEPCIONES DE FONDO

1. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN.

En concordancia con las excepciones referidas en precedencia, se concluye que al no estar legitimada en la causa por pasiva la entidad que represento, no le asiste razón a Salud Vida EPS pretender el pago de perjuicio alguno, por cuanto este no ha sido ocasionado por mi prohijado.

La Honorable Corte Constitucional en sentencia C-784 de 18 de agosto de 2004, Magistrado ponente Dr. Álvaro Tafur Galvis establece el régimen jurídico aplicable a las entidades descentralizadas y la autonomía que les es reconocida:

“Al respecto cabe recordar que la formulación del Estado colombiano como “una República unitaria, descentralizada, con autonomía en sus entidades territoriales” tiene un valor central dentro de la estructura política trazada a partir de la expedición de la Constitución de 1991.

En este sentido la Corte ha explicado que la descentralización administrativa obedece a “una concepción política y a una técnica y modelo de organización y funcionamiento de la rama ejecutiva del poder público, la cual implica la concreción o asunción, bajo un régimen de autonomía, por organismos que son personas jurídicas, de funciones o potestades propias del Estado o de actividades que comportan la actuación de éste en el campo de la actividad privada, o la gestión y satisfacción de necesidades regionales y locales”.

2. COBRO DE LO NO DEBIDO.

De conformidad con lo indicado en precedencia, el aquí demandado no adeuda suma de dinero alguno por ningún concepto, ni ha ocasionado perjuicios a la EPS Demandante.

3. LA INNOMINADA

Con todo respeto se solicita a la señora Juez, dar aplicabilidad sobre cualquiera otra excepción que encuentre probada.

VI. PRUEBAS

1.- Téngase como pruebas las aportadas al proceso y las normas vigentes sobre la materia, las cuales por ser del orden nacional no requieren ser aportadas.

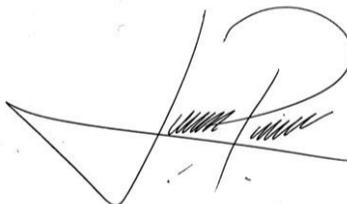
VII. PETICIÓN

Por las razones y excepciones expuestas en esta contestación, con todo respeto se solicita a la Honorable Juez, declarar probadas las excepciones propuestas y denegar las pretensiones de la demanda, en relación con mi defendido.

VIII. NOTIFICACIONES

La Entidad que represento y el suscrito apoderado recibiremos notificaciones en la Carrera 13 No. 32 - 76 piso 10 de Bogotá D.C., teléfono 330 50 00 Ext. 5097 y 5059, ext. fax 5067, correo electrónico: jpino@minsalud.gov.co / juanrafael@pinoabogados.com y cel: 312 545 15 10.

Con todo respeto,



JUAN RAFAEL PINO MARTÍNEZ

C.C. No. 7.709.119 de Neiva - Huila

T. P. No. 177.253 del Consejo Superior de la Judicatura