Ficha de conciliación Extrajudicial

Información del proceso extrajudicial asociado a la ficha

Número de la ficha:	83852
Elaborada por:	LUISA CAMILA ENRIQUEZ LUNA (ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)
Numero de la solicitud de conciliación extrajudicial:	1503523
Jurisdicción:	ADMINISTRATIVA
Tipo de acción o medio de control:	Reparacion Directa
Procuraduría de conocimiento actual:	PROCURADURIA (REPARTO)
Valor económico inicial:	$1.198.957.786,00
Valor económico indexado:	$1.198.957.786,00
Última actuación:	PRESENTACION DE LA SOLICITUD DE CONCILIACION EXTRAJUDICIAL

Partes del proceso o caso:

Tipo de parte procesal	Tipo de documento	Identificación	Nombre/Razón social	Calidad
ENTIDAD	Número de identificación tributaria	901037916	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	CONVOCADO
OTRA PARTE	Número de identificación tributaria	891200528	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO	CONVOCANTE

Hechos:

- EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO PRESTÓ SERVICIOS DE ATENCIÓN MEDICO QUIRÚRGICOS EN SALUD A VÍCTIMAS DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO, EVENTOS CATASTRÓFICOS Y TERRORISTAS.

- EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEPARTAMENTAL DE NARIÑO RADICÓ ANTE LA ADRES 613 FACTURAS POR CONCEPTO DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO OCASIONADOS POR VEHÍCULOS NO ASEGURADOS CON PÓLIZA SOAT O NO IDENTIFICADOS, EVENTOS CATASTRÓFICOS O TERRORISTAS.

- LAS FACTURAS FUERON NO FUERON CANCELADAS DESPUÉS DE HABER SURTIDO LA ETAPA DE AUDITORÍA INTEGRAL

Causas y Subcausas:

Entidad	Causa	Subcausa

Entidad	Causa	Subcausa
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	INCUMPLIMIENTO EN PAGO DE OBLIGACION CONTENIDA EN TITULO VALOR	

Valor económico del proceso o caso

Pretensiones:

Descripción	Unidad monetaria	Valor
	PESOS	1.198.957.786,00

Descripción adicional del proceso por parte del abogado

Pruebas allegadas al caso por las partes:

Parte convocante:

- Facturas objeto de cobro. (Anexo 1)
- Constancias de radicación de las facturas ante la ADRES.

Parte convocada:

- Apoyo técnico del 7 de junio de 2022, validado por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones (Anexo 02).

Fundamentos de derecho:

Tipo de norma	Número de norma	Fecha de expedición	Observación
Resolución	1645	2016/05/03	

Requisitos con que cumple la solicitud de conciliación:

Designación del funcionario al que se dirige
Individualización de las partes y sus representantes
Relación de las pruebas que se acompañan y de las que se harían valer en el proceso
Estimación razonada de la cuantía
Manifestación bajo la gravedad de juramento de no haber presentado demandas o solicitudes de conciliación con base en los mismos hechos
Indicación del lugar para que se surtan las notificaciones, el número o números telefónicos, número de fax y correo electrónico de las partes
Copia de la petición de conciliación enviada previamente al convocado
Firma del apoderado del solicitante o solicitantes

Análisis del proceso o caso

Objeto de la solicitud de conciliación

- Se condene a la ADRES a pagar la suma de MIL CIENTO NOVENTA Y OCHO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($1.198.957.786), que corresponden a 613 facturas por concepto de servicios de salud prestados efectivamente a víctimas de accidente de tránsito, eventos catastróficos y terroristas.

- Se condene a la ADRES al pago de intereses moratorios.

- Se condene a la ADRES a pagar las costas y agencias en derecho.

Principal problema jurídico

Determinar si es procedente el reconocimiento y pago de las reclamaciones presentadas por la IPS convocante por satisfacer la totalidad de requisitos exigidos en la normativa especial. Para lo cual, se requiere verificar el estado de auditoría de las reclamaciones en el evento en que todas hubieren sido presentadas efectivamente ante la ADRES o quien hubiere hecho sus veces.

En caso de encontrar cantidades inferiores a las indicadas por la convocante, se deberá realizar el análisis frente al estado de las reclamaciones para determinar si estas cumplieron con los requisitos establecidos en la normativa para su reconocimiento y pago.

Análisis de caducidad y/o prescripción

Para el presente caso, la apoderada de la parte convocante en la solicitud de conciliación hace alusión al medio de control de reparación directa, no obstante, atendiendo al pronunciamiento de la Corte Constitucional en el Auto 389 del 22 de julio de 2021, se evidencia una indebida escogencia en el medio de control tal y como se indicó previamente, motivo por el cual, de forma subsidiaria, se procederá analizar la caducidad de este.

- Caducidad

Dadas las consideraciones previamente enunciadas, respecto del pronunciamiento de la Corte Constitucional en el Auto 389 del 22 de julio de 2021 y Auto 861 de 27 de octubre de 2021, en el que se determinó que el conocimiento de los asuntos relacionados por servicios en salud no financiados con la UPC correspondía a los jueces administrativos, debido a que se cuestiona un acto administrativo emitido por parte de la ADRES, se procederá con el estudio de la figura de la caducidad del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho subsidiariamente. Así las cosas, según el artículo 164 de la Ley 1437 de 2011, el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho debe presentarse dentro de los cuatro (4) meses siguientes contados a partir de la comunicación, notificación, ejecución o publicación del acto administrativo:

“d) Cuando se pretenda la nulidad y restablecimiento del derecho, la demanda deberá presentarse dentro del término de cuatro (4) meses contados a partir del día siguiente al de la comunicación, notificación, ejecución o publicación del acto administrativo, según el caso, salvo las excepciones establecidas en otras disposiciones legales;”

Ahora bien, este fenómeno jurídico se cuenta tomando como punto de partida la fecha en que cobró firmeza la comunicación del resultado de auditoría, es decir al vencimiento de los dos meses con los que contaba la reclamante para dar respuesta al resultado de auditoría, o cuando la ADRES emitió y comunicó el resultado de auditoría de la radicación de respuesta a glosa, sin que proceda una nueva subsanación u objeción por no haber nueva documentación en los términos del parágrafo primero del artículo 24 de la Resolución 1645 de 2016.

Así las cosas, se encuentran que para 515 reclamaciones habría caducado el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho al haber superado el termino de cuatro (4) meses descritos en el artículo 164 de la Ley 1437 de 2011; toda vez que la solicitud de conciliación se radicó ante la Procuraduría General de la Nación el día 06 de junio de 2022 y los resultados de auditoría fueron comunicados entre el 07 de diciembre de 2020 y el 14 de enero de 2022. (Anexo 3)

Respecto de las 98 reclamaciones restantes, se tiene que para 18 reclamaciones los resultados de auditoría fueron comunicados entre el 8 de febrero de 2022 y el 6 de abril de 2022; mientras que para 80 reclamaciones, se evidencia que no han finalizado el trámite de auditoría. Por lo tanto, no ha caducado el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho para las 98 reclamaciones en cuestión, puesto que no se ha superado el término que refiere la norma o no se ha emitido una respuesta a la presentación de la reclamación.

Adicionalmente, en caso de que se tomará por cierto que procedía el medio de control de reparación directa, se debe tener en consideración lo consagrado en el literal i) del numeral 2 del artículo 164 ibidem, el cual señala:

Artículo 164. Oportunidad para presentar la demanda. La demanda deberá ser presentada:

(…) i) Cuando se pretenda la reparación directa, la demanda deberá presentarse dentro del término de dos (2) años, contados a partir del día siguiente al de la ocurrencia de la acción u omisión causante del daño, o de cuando el demandante tuvo o debió tener conocimiento del mismo si fue en fecha posterior y siempre que pruebe la imposibilidad de haberlo conocido en la fecha de su ocurrencia.

Dado lo anterior, se evidencia que no ha caducado el medio de control de reparación directa. Toda vez que para 533

reclamaciones los resultados de auditoría reclamaciones fueron comunicados entre el 07 de diciembre de 2020 y el 06 de abril de 2022 y la solicitud de conciliación se radicó ante la Procuraduría General de la Nación el día 06 de junio de 2022; mientras que para 80 reclamaciones se evidencia que no han finalizado el trámite de auditoría. Por lo tanto, no ha caducado el medio de control de reparación directa, puesto que no se ha superado el término que refiere la norma o no se ha emitido una respuesta a la presentación de la reclamación.

9) Objeto conciliable

Consiste en determinar si son procedentes las pretensiones de la solicitud de conciliación extrajudicial, respecto de llegar a un acuerdo al reconocer la obligación de la ADRES al pago de 613 facturas.

Análisis del caso

. Procedimiento administrativo para el pago de las reclamaciones de servicios de salud

De acuerdo con el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos cuando son víctimas de accidentes de tránsito, acciones terroristas o catástrofes naturales. Para el caso de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos asegurados con póliza SOAT, el cubrimiento de los servicios médicos se encuentra a cargo de la compañía aseguradora hasta por un tope de 800 smldv. Mientras que lo que corresponde a accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no asegurados con póliza SOAT o no identificados, acciones terroristas o catástrofes naturales, el cubrimiento le corresponde la ADRES en un tope también de 800 smldv. Para lo cual, se deben seguir las condiciones y procedimiento expuesto en la Resolución 1645 de 2016.

Así las cosas, las IPS deben seguir un procedimiento administrativo para obtener el reconocimiento de los servicios de salud que son cubiertos con cargo a los recursos que administra la ADRES, el cual se encuentra conformado por las siguientes etapas: 1) pre—radicación; 2) radicación; 3) auditoría integral; 4) comunicación del resultado de auditoría y respuesta al mismo; y/o 5) pago, cuando este último proceda.

En la etapa de auditoría, la ADRES o quien haga sus veces realiza una verificación en salud, jurídica y contable sobre las reclamaciones que han sido presentadas, con el fin de validar si estas cumplen con los requisitos normativos descritos en la Resolución 1645 de 2016. Al finalizar la etapa en mención, la ADRES adopta una decisión de fondo definitiva sobre la solicitud de reconocimiento de la IPS, en la que se puede aprobar, aprobar parcial y no aprobar la reclamación presentada.

Frente a tal decisión, la IPS cuenta con un recurso denominado respuesta al resultado de auditoría, con el cual puede ejercer su derecho de contradicción y defensa. No obstante, como todo recurso debe interponerse dentro de la oportunidad señalada en la norma general o especial si la hubiere. Así las cosas, para el caso en concreto el artículo 24 de la Resolución 1645 de 2016 dispone de un término de 2 meses para su presentación.

En consecuencia, la factura termina siendo uno de varios documentos que son presentados adjuntos a la reclamación. Y su valor radica en que a través de este se verifica el componente contable que hace parte de la auditoría integral. No obstante, el reconocimiento y pago está sujeto a la verificación de los demás soportes que componen la reclamación. Para lo cual, se ilustran los aspectos mínimos de verificación de las reclamaciones:

1. Que el formulario esté completa y correctamente diligenciado de acuerdo con el instructivo correspondiente.
2. Que la información contenida en los medios magnéticos del formulario sea consistente con los soportes físicos de la reclamación.
3. Que la ADRES sea competente para reconocer y pagar la reclamación presentada.
4. Que la reclamación se presente dentro del término establecido en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.
5. Que los ítems reclamados no hayan sido reconocidos o pagados previamente por la ADRES o por otra entidad.
6. Que exista relación de los servicios y tecnologías en salud reclamados con el evento que origina la reclamación.
7. Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, según corresponda.
8. Que en la factura de venta o documento equivalente generado por el reclamante, se identifique la víctima y los procedimientos o tecnologías en salud reclamadas.
9. Que el valor de los ítems facturados y reclamados se encuentre liquidado conforme a las tarifas, precios y valores señalados en la normativa vigente.
10. Que la información presentada por el reclamante sea consistente.
11. Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de estos.
12. Que la entidad reclamante sea la misma que prestó el servicio de salud.
13. Que la víctima existía al momento de la prestación del servicio de salud.
14. Que la condición de víctima se encuentre acreditada.

15. Que los servicios de salud reclamados se prestaron a la víctima por la cual se reclama.

En conclusión, para el reconocimiento y pago de las reclamaciones que son presentadas por las IPS, estas deben seguir un procedimiento administrativo en el que presentan su reclamación junto con los soportes definidos por la norma. Hecho lo anterior, la ADRES o quien haga sus veces lleva a cabo una auditoría integral sobre las reclamaciones en las que verifica cada uno de los aspectos mínimos previamente enunciados (si aplican). Luego de lo cual, se emite una decisión de fondo que puede ser favorable o desfavorable a la IPS, frente a la cual puede ejercer su derecho de contradicción y defensa mediante la respuesta al resultado de auditoría.

7.2. Insumo técnico proferido por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones

Una vez se recibió la solicitud de conciliación, el día 07 de junio de 2022 la OAJ solicitó el insumo técnico sobre las 613 facturas aducidas por la convocante vía correo electrónico a la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones a través del correo dispuesto para mesa de servicios con copia a la funcionaria Yuly Otalora.

El apoyo técnico fue recibido inicialmente el 09 de junio de 2022, a través del cual se logró establecer que se radicaron efectivamente un total de 613 reclamaciones, cuya suma de radicación asciende a $1.198.957.786, sin embargo del universo de reclamaciones que son objeto de conciliación, se pudo establecer que 80 no han finalizado el trámite de auditoria médica, por lo que aún no cuentan con resultado de auditoría; en cuanto a las 533 reclamaciones restantes ya fueron auditadas, por lo cual fue posible obtener los siguientes valores:

Reclamaciones presentadas	Valor Reclamado	Valor Aprobado	Valor Glosado	Auditoría
Total 613	$ 2.436.083.334	$ 944.511.852,00	$ 1.128.922.289,00	$ 362.649.193,00

En este punto se precisa entonces que la IPS está adelantando un cobro excesivo frente a las reclamaciones radicadas, ya que hubo una aprobación de $ 944.511.852,00 y un valor glosado de $ 1.128.922.289,00 que sería el máximo que se podría pretender a través de la conciliación; no obstante, se está requiriendo en la solicitud de conciliación un valor superior.

Ahora bien, la IPS convocante presentó reclamaciones derivadas de los siguientes eventos:

- Vehículo no asegurado - 222 reclamaciones
- Vehículo en fuga – 4 reclamaciones
- Vehículo fantasma – 379 reclamaciones
- Ataques a Municipios – 1 reclamación
- Avalancha – 2 reclamaciones
- Deslizamiento de tierra – 1 reclamación
- Explosión terrorista – 4 reclamaciones

De acuerdo con la auditoría efectuada se registran los siguientes resultados:

- APROBADA PARCIAL: 76 reclamaciones en estado
- NO APROBADAS: 457 reclamaciones en estado
- EN AUDITORÍA: 80 reclamaciones

Así las cosas, se realiza el análisis de las glosas impuestas respecto de las reclamaciones cuyo estado es APROBADO PARCIAL Y NO APROBADO.

7.3. De las glosas impuestas

? Habilitación:

Servicio de fisioterapia no está habilitado para la fecha de prestación
Servicio de TERAPIA FISICA no está habilitado para la fecha de prestación

De acuerdo con el artículo 2.6.1.4.2.1 del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016, los servicios de salud que son reconocidos son aquellos que son brindados “por un prestador de servicios de salud habilitado, destinados a lograr su estabilización, tratamiento y la rehabilitación de sus secuelas y de las patologías generadas como consecuencia de los mencionados eventos, así como el tratamiento de las complicaciones resultantes de dichos eventos a las patologías que este traía.”

Dado lo anterior, el numeral 11 del literal A) del artículo 17 de la Resolución 1645 de 2016 dispone que son aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud:

“Que los servicios de salud cobrados se encontraban habilitados por el reclamante para la fecha de prestación de los mismos.”

Lo expuesto, en razón a que los prestadores de servicios de salud deben estar debidamente habilitados para prestar los servicios de salud que desean ofertar. En consecuencia, en los casos en los que se verifica que la IPS no se encuentra debidamente habilitada, se procede a imponer glosa.

? Soportes:

Existe inconsistencia entre el formulario de reclamación y los soportes en relación con campo II, condición accidentada es ocupante folio 2
Existe inconsistencia entre el formulario de reclamación y los soportes en relación con (campo IX datos del médico profesional).
Existe inconsistencia entre el formulario de reclamación y los soportes en relación con registro medico incompleto.

Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles. Al respecto, el Manual de auditoría integral establece que el reclamante presenta dentro de los términos definidos por la legislación vigente los formularios en cada caso, de forma completa, legible y según los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Adicionalmente en lo establecido en la Resolución 1645 de 2016 en el número al 17 literal A, establece los requisitos mínimos que debe aportar la IPS reclamante en la radicación:

“Que la información contenida en los medios magnéticos del formulario de que trata el numeral anterior, sea consistente con los soportes físicos de la reclamación…”

Conforme a lo anterior, la IPS es la responsable de allegar esta información de forma correcta; para que no se presenten dudas o inconsistencias respecto de la prestación del servicio médico quirúrgico.

? Coberturas:

En la factura se cobra un procedimiento o una actividad que hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
Se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.
Los honorarios profesionales diferentes a médicos Reducción abierta fractura de malar incluye fract hacen parte de Reducción abierta fractura de maxilar superior y se cobra adicionalmente.
La consulta, interconsulta y/o visita médica relacionadas hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.

De acuerdo con lo establecido en el Manual de auditoría integral, el fundamento para la imposición de esta glosa radica en que la información presentada por el reclamante sea consistente a los criterios establecidos. Que los servicios y tecnologías en salud reclamados se encuentren soportados en los documentos de epicrisis o resumen de atención, según corresponda, se verifica que los servicios y tecnologías en salud no hacen parte de otra atención o servicio. Así las cosas, no sería procedente el reconocimiento de insumos adicionales que hacen parte del tratamiento o atención integral en salud que se le brindó al usuario.

? Facturación y tarifas:

FACTURACIÓN

El prestador presenta el cobro de un servicio en fecha posterior a la establecida en la normatividad vigente.
La factura allegada en el medio magnético de la reclamación presenta cobro de medicamento DICLOFENACO SODICO 75 MG 3 ML relacionado como insumo.
La factura o el documento equivalente no cumplen con alguno de los requisitos legales, esto es, modificado el valor total de la factura.
la factura de venta o documento equivalente allegada en los soportes de la reclamación presenta diferencias respecto de la información registrada en el medio magnético ya que no se presentan sus respectivos códigos y esta descrito como insumo.

TARIFAS

MAYOR VALOR COBRADO AL CONTENIDO EN EL MANUAL TARIFARIO SOAT
El valor del medicamento o dispositivo médico reclamado (insulina glargina) es superior al valor establecido.

De acuerdo con lo establecido en el manual de auditoría integral, el fundamento para la imposición de esta glosa radica en que se verifique que la factura de venta o el documento equivalente anexado por la IPS cumpla con los requisitos del Estatuto Tributario, y que incluya todos los servicios y/o tecnologías en salud reclamados.

Sin embargo, en el caso que nos ocupa, la diferencia de valores entre los servicios prestados (soportes) y el valor facturado presentan inconsistencias, por tanto, no cumple con los requisitos establecidos para tal fin; de acuerdo con lo normado en el artículo 617:

"ARTICULO 617. REQUISITOS DE LA FACTURA DE VENTA. <Artículo modificado por el artículo 40 de la Ley 223 de 1995. El nuevo texto es el siguiente:> Para efectos tributarios, la expedición de factura a que se refiere el artículo 615 consiste en entregar el original de la misma, con el lleno de los siguientes requisitos:
a. Estar denominada expresamente como factura de venta.
b. Apellidos y nombre o razón y NIT del vendedor o de quien presta el servicio.
c. <Literal modificado por el artículo 64 de la Ley 788 de 2002. El nuevo texto es el siguiente:> Apellidos y nombre o razón social y NIT del adquirente de los bienes o servicios, junto con la discriminación del IVA pagado.
d. Llevar un número que corresponda a un sistema de numeración consecutiva de facturas de venta.
e. Fecha de su expedición.
f. Descripción específica o genérica de los artículos vendidos o servicios prestados.
g. Valor total de la operación.
h. El nombre o razón social y el NIT del impresor de la factura.
i. Indicar la calidad de retenedor del impuesto sobre la venta…"

Ahora, en lo referente a la glosa por tarifas, el Decreto 2423 de 1996 establece:

"Parágrafo 5°. Las tarifas para la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria prestada a las víctimas de los accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos definidos en el artículo 1° de este decreto son las establecidas por el Decreto 2423 de 1996 o las normas que lo modifiquen o sustituyan. Dichas tarifas son de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas…"

Así las cosas, las reclamaciones afectadas con bajo esta glosa, no son susceptibles de reconocimiento por parte de la ADRES por estar viciado el título valor que soporta la prestación del servicio. Haciendo inexigible la obligación por falta de requisitos esenciales de acuerdo con la normativa vigente, ya que es la IPS quien esta llamada legalmente a cumplir y subsanar los mismos.

? Justificación:

Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
el médico no certifica que el servicio facturado sea a consecuencia del evento
Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
Los cargos por ayudas diagnósticas que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.
Los materiales facturados no presentan soportes que justifiquen el cobro

De acuerdo con lo establecido en el Manual de auditoría integral, se consideran glosas por justificación todas aquellas que: a) Por no existir coherencia entre la epicrisis y los soportes de atención, anexos en cuanto a las ayudas diagnósticas solicitadas o el tratamiento ordenado, a la luz de las guías de atención, o de la sana crítica de la auditoría médica; b) por ser ilegibles los diagnósticos realizados; c) por estar incompletos o por falta de detalles más extensos en la nota médica o paramédica relacionada con la atención prestada. Así las cosas, no existe relación entre la tecnología en salud prestada con el evento que origino la reclamación. Por tanto, no es claro para la administración que le asista el derecho a la IPS recobrante.

Dadas las consideraciones anunciadas, se evidencian hay reclamaciones que tienen más de una glosa por este tipo de glosa. Así las cosas, se relaciona la reclamación N.º 16664824 en la cual se evidenció de la columna BB que la reclamación registra con resultado NO APROBADA por lo cual en la columna AD se indicó un estado DENEGADO para el siguiente detalle:

Numero Factura Reclamación ID Numero Paquete Descripción Descripción Aprob Fecha Devolución
1810396
16664824 26109
Denegado No Aprobada 8/02/2022

En el mismo sentido, conforme a la columna N de la hoja "Glosas" en el apoyo técnico respecto a las glosas impuestas en el trámite de auditoría, se ilustran como ejemplo las siguientes:

Descripción Causal
Se reitera glosa anterior 3201, Los días Habitación bipersonal de estancia no son pertinentes o no están justificados.
Se reitera glosa anterior 3209, Ayuda diagnóstica RX de brazo no tiene justificación.
Se reitera glosa anterior 3206, Material Equipo para bomba de infusión BAXTER no tienen la justificación.
Excede el término señalado en el artículo 24 de la resolución 1645 de 2016 y el Decreto 780 de 2016 para dar respuesta al resultado de auditoría o las normas que los modifiquen o sustituyan.

Como se puede observar, ante las inconsistencias anotadas en las glosas comunicadas dentro del trámite de auditoría vigente y al no existir relación entre la tecnología en salud prestada con el evento que originó la reclamación (justificación), no es procedente el reconocimiento de este tipo de reclamaciones. Toda vez que hay un incumplimiento de los requisitos impuestos para tal fin.

? ECAT:

En la factura se relaciona pagos por servidos prestados por la misma IPS reclamante y no habilitados.
Existen inconsistencias entre el FURIPS y los soportes.
Existen inconsistencias entre el medio físico y el magnético.

Son las glosas que no están contempladas en los otros códigos generales y que son específicas para las reclamaciones, el no diligenciamiento de todos los campos según corresponda o las inconsistencias en los mismos respecto al medio magnético y soportes anexos, será objeto de glosa.

La Resolución 1645 de 2016 en el artículo 10 establece:

"…Artículo 10. Alcance. Tratándose de IPS, la etapa de pre-radicación inicia con la identificación del servicio que será objeto de reclamación y el alistamiento documental de medios físicos y magnéticos de la misma, los cuales deben presentarse ante el FOSYGA o quien haga sus veces de manera independiente para reclamaciones de primera vez o respuesta a resultados de auditoría y concluye con el recibo del medio magnético cuando este cumple con los parámetros técnicos exigidos para su generación, o su rechazo en caso contrario…"

Así las cosas, es improcedente presentar acuerdo conciliatorio del valor de las reclamaciones presentadas por las IPS derivadas de la atención en salud; toda vez que de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1645 de 2016 la IPS convocante no acreditó los soportes mínimos para la acreditación del servicio prestado.

7.4. INDEBIDA ESCOGENCIA DE LA ACCIÓN

El reconocimiento y pago de las reclamaciones de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por un vehículo sin póliza SOAT o no identificado, eventos catastróficos y terroristas debe perseguirse a través de un procedimiento administrativo, en el que la Administración se puede pronunciar favorable o desfavorablemente.

En ese orden de ideas, la decisión adoptada constituye un acto administrativo y, por consiguiente, le es aplicable el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho. Es de recordar que la reparación directa únicamente procede cuando se produce un daño antijurídico derivado de un hecho, omisión, operación administrativa, la ocupación temporal o permanente de inmueble por causa de trabajos públicos o por cualquiera otra causa imputable a una entidad pública o a un particular que haya obrado siguiendo una expresa instrucción de esta. Mientras que la nulidad y restablecimiento del derecho es aplicable para toda persona que se crea lesionada en un derecho subjetivo amparado en una norma jurídica,

para lo cual puede solicitar la declaratoria de nulidad del acto administrativo particular, expreso o presunta; así como el restablecimiento de su derecho. En consecuencia, se evidencia que procedería la excepción de indebida escogencia de la acción, al haber formulado la IPS el medio de control de reparación directa, puesto que se le está dando el trámite de un proceso diferente al que corresponde.

Adicionalmente, se debe tener en cuenta el reciente pronunciamiento de la Corte Constitucional en el Auto 389 del 22 de julio de 2021. En este, la Corte resolvió el conflicto de competencia suscitado entre el Juzgado 6º Laboral del Circuito de Bogotá y el Juzgado 61 Administrativo del Circuito de Bogotá, relativo a una demanda presentada por Sanitas S.A. en contra de esta Administradora con el propósito de obtener: i) el reconocimiento de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC que suministró la EPS a sus afiliados en cumplimiento de decisiones de los comités técnicos científicos y de fallos de tutela que fueron glosados y ii) el reconocimiento de los perjuicios ocasionados por el desgaste administrativo en el que incurrió la EPS.

En el auto en mención, la Corte Constitucional determinó que el conocimiento de los asuntos relacionados con los recobros de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC correspondía a los jueces administrativos, debido a que se cuestiona un acto administrativo emitido por parte de la ADRES. Así mismo, señaló que este tipo de controversias no corresponde a las previstas en el numeral 4º del artículo 2 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, debido a que no se relacionan con la prestación de los servicios de la seguridad social. Sobre el particular, la Corte precisó lo siguiente:

La Sala encuentra, en primer lugar, que el proceso judicial de recobro no corresponde, en estricto sentido, a una controversia relativa a la prestación de servicios de la seguridad social. Dicho procedimiento se adelanta cuando ya la entidad prestó el servicio (el tratamiento o el suministro del insumo excluido del PBS), en virtud de la orden proferida por un comité técnico científico –en su momento– o por un juez de tutela; es decir, no tiene por objeto decidir sobre la prestación del servicio sino sobre su financiación. En este sentido, el recobro busca resolver un desequilibrio económico entre el Estado y una EPS, de manera que esta última lo que pretende es recuperar los recursos que debió destinar para cubrir asistencias a las que no se considera obligada por estimar que no hacen parte de la cobertura del Plan de Beneficios en Salud. En ese orden, el recobro no pretende garantizar en forma directa que el servicio o la tecnología en salud efectivamente sean prestados.

No se debe olvidar que los recobros tienen la virtualidad de permitir que los recursos del sistema fluyan adecuadamente y que, de esta forma, tienen repercusiones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, esta relación es meramente indirecta y condicional (circunstancial), pues materialmente el procedimiento de recobro constituye una controversia económica, no de salud en estricto sentido, que formula la EPS ante el Estado por haber asumido obligaciones que considera ajenas a lo que estaba legal y reglamentariamente obligada a cumplir.

En segundo lugar, las controversias relacionadas con el pago de recobros judiciales al Estado por prestaciones no incluidas en el PBS y por las devoluciones o glosas a las facturas entre entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud vinculan, en principio, a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES. En este tipo de controversias, en consecuencia, no intervienen afiliados, beneficiarios, usuarios ni empleadores.

Adicionalmente, la Corte Constitucional mencionó que el procedimiento de recobro constituye un procedimiento administrativo, así:

Actualmente, los artículos 35 a 71 de la Resolución 1885 de 2018, permiten confirmar que el recobro es un procedimiento administrativo que se surte en las etapas de presentación, pre radicación, radicación, verificación, pre auditoría, auditoría integral y pago. En el marco de dicho procedimiento o trámite, la ADRES puede adoptar una de las siguientes decisiones: (i) aprobar totalmente los ítems del recobro, (ii) aprobar con reliquidación o (iii) aprobar parcialmente (art. 53, Resolución 1885 de 2018).

Posteriormente, mediante Auto 861 de 27 de octubre de 2021, la Corte Constitucional en uso de sus atribuciones constitucionales, previstas por el numeral 11 del artículo 241 de la Constitución Política para resolver los conflictos de competencias, sostuvo idéntica postura al resolver el conflicto de competencia entre el Juzgado Décimo Laboral del Circuito de Medellín y el Juzgado Veinticuatro Administrativo Oral de Medellín. En este caso, la Corte estudió la competencia judicial para conocer de asuntos relacionados con el pago de reclamaciones judiciales al Estado por servicios hospitalarios prestados a pacientes que entran en la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). Para resolver, la sala se remitió igualmente al pronunciamiento citado (Auto 389 del 22 de julio de 2021) para diferenciar tres elementos: (i) que quien solicita el pago a la ADRES es una Institución Prestadora de Salud (IPS) y no una EPS, (ii) que la demanda se interpone contra la Subcuenta ECAT de la ADRES por servicios prestados derivados de accidentes de tránsito sin SOAT, eventos terroristas o catastróficos de origen natural y no por servicios No POS (hoy PBS) y

(iii) que no se trata de recobros sino de reclamaciones. Considerando que igualmente es aplicable la misma lógica utilizada en el Auto 389 para determinar la jurisdicción competente.

Lo anterior, en razón a que en el pleito no intervienen afiliados, beneficiarios o usuarios ni empleadores, sino que se trata de litigios entre la ADRES y una IPS; así pues, le aplicable lo dispuesto en el auto en mención, puesto que tanto las EPS como las IPS pueden solicitar a la ADRES el pago de servicios prestados que no están obligadas a asumir.

Además, la Corte señaló que las reclamaciones se diferencian de los recobros debido a que:

"solicitudes presentadas por una Persona Natural o Jurídica ante la ADRES o ante la entidad que se defina para tal efecto, a fin de obtener el pago de las indemnizaciones previstas en el Decreto 780 de 2016, con ocasión de accidentes de tránsito, eventos catastróficos, eventos terroristas y otros eventos expresamente aprobados por la autoridad competente"

En ese sentido, señaló igualmente que la negativa de la ADRES al pago de las reclamaciones también presenta las características de un acto administrativo con lo cual se crea una situación jurídica para la IPS, en el sentido de aceptar o rechazar el pago de los servicios. En este contexto, la Corte Constitucional concluyó hacer extensivas las mismas reglas del Auto 389 de 2021, luego de analizar las demandas de recobros o reclamaciones judiciales al Estado de servicios prestados por entidades del SGSSS, por las siguientes razones:

(i) Lo que pretenden es la resolución de asuntos económicos.
(ii) Se cuestionan decisiones adoptadas mediante actos administrativos.
(iii) Tienen por objeto la declaratoria de responsabilidad de entidades estatales.

En esa medida, se tiene entonces que el análisis expuesto por la Corte Constitucional es posible aplicarlo al caso concreto. Puesto que el procedimiento de reclamaciones, al igual que el de recobros, es una controversia en la que no intervienen afiliados, beneficiarios, usuarios ni empleadores. Así mismo, goza de un procedimiento plenamente establecido en la Resolución 1645 de 2016. Finalmente, la reclamación, al igual que el recobro, busca resolver un desequilibrio económico, que para el caso concreto involucra al Estado y una IPS.

7.5. LA SOLICITUD DE RECLAMACIONES NO GENERA LA REVISIÓN SIMPLE DE UNA FACTURA CAMBIARIA YA QUE LAS FACTURAS QUE SE APORTAN NO OSTENTAN ESTA CONDICIÓN

De otro lado y atendiendo específicamente a la naturaleza de estos asuntos debe indicarse que la obligación de la ADRES proviene de una fuente legal y no de un acuerdo de voluntades, motivo por el cual hay un deber legal de acatar la norma, según las pautas, reglas condiciones y plazos establecidos en la misma. Esto significa, que las facturas que se presentan no hacen las veces de títulos valores exigibles ante la jurisdicción civil, sino que se debe demostrar que se cumplen con los elementos esenciales para su reconocimiento según la normatividad aplicable. En esa medida es incorrecto hablar de facturas cuando lo que se solicita es el pago de las reclamaciones.

Al respecto debe tenerse en cuenta que el Consejo de Estado en concepto N.° 2380 de 27/11/2018 sostuvo que si bien ante el FOSYGA (hoy ADRES) se efectúa el cobro de servicios de salud por parte de la IPS a través de facturas de servicio de salud, estas hacen parte de un régimen especial en que se disciplinan aspectos propios de las facturas de salud, de acuerdo con la especial estructura negocial que subyace a estos asuntos y el derecho fundamental que conlleva su prestación.

En dicho concepto la citada corporación aludió que, a pesar de los cambios introducidos por la Ley 1238 de 2008, la Corte Constitucional en Sentencia C-852 de 2009 estableció que no toda factura debe ser título valor, pues el artículo 3 de la Ley 1231 de 2008 contempla la posibilidad de que existan facturas que no reúnan los requisitos necesarios para asumir la calidad de título valor, sin perjuicio de que se trate de documentos que sirven de prueba del negocio subyacente al mismo.

Sin embargo sostuvo de manera adicional que de acuerdo con lo previsto en el parágrafo 1 del artículo 50 de la Ley 1438 de 2011, modificada por el artículo 7 de la Ley 1608 de 2013, estas facturas están sujetas a los requisitos previstos para las facturas en el Estatuto Tributario y en el Código de Comercio, es decir, la factura expedida con todas las formalidades y requisitos previstos en los articulo 772 y 774 del Código de Comercio se constituye en una factura cambiaria, si adicionalmente es aceptada por el comprador o beneficiario del servicio de forma expresa o tácita, despliega todos sus efectos como título valor de carácter crediticio. Es decir, obliga al comprador de los bienes o beneficiario y permite que la factura sea negociada como título valor.

De este modo, tras validar la factura que se allega con las reclamaciones y que soporta la prestación de servicios de salud por parte de las IPS, el Consejo de Estado concluyó que en casos como los de servicios de atención inicial de urgencias, no se cumple con el presupuesto exigido por el artículo 772 del Código de Comercio para que exista una factura cambiaria, esto es, que la factura corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en

virtud de un contrato verbal o escrito.

En consecuencia, las facturas que se emiten para el cobro de estos servicios no se pueden constituir en facturas como título valor, según lo regulado por el artículo 772 modificado por la Ley 1231 de 2008; sin embargo, para efectos de su cobro es factible acudir a la vía ordinaria o a la vía ejecutiva, únicamente si existen los requisitos legales del título ejecutivo; y para su cobro se deberá tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.

En complemento de lo dicho, la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del estado, mediante comunicación remitida

Análisis del precedente judicial

N/A

Aplica directriz institucional o nacional:	NO

Recomendaciones del abogado

Recomendación al comité	No conciliar

Conclusiones

De acuerdo con los argumentos expuestos, NO ES VIABLE presentar fórmula conciliatoria sobre las 613 facturas. Lo anterior teniendo en cuenta que 76 reclamaciones registran estado de aprobadas parcialmente, 479 reclamaciones obtuvieron el estado de no aprobadas y finalmente 80 reclamaciones se encuentran en trámite de auditoría. Por lo expuesto, se tiene que los valores glosados se encuentran fundamentados en una auditoría integral. La cual se realizó con apego a lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, la Resolución 1645 de 2016, el Manual de Auditoría Integral y la normativa vigente. Por lo tanto, se trata de resultados que están debidamente soportados.

Finalmente, se encuentra que hay una indebida escogencia del medio de control, puesto que el trámite de reclamaciones es un procedimiento administrativo que finaliza con un acto administrativo. Así las cosas, se tiene que para 515 reclamaciones habría caducado el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho al haber superado el termino de cuatro (4) meses descritos en el artículo 164 de la Ley 1437 de 2011