

Información del proceso extrajudicial asociado a la ficha

Número de la ficha:	130746
Elaborada por:	KEVIN MONTAÑO VILLA (ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)
Numero de la solicitud de conciliación extrajudicial:	1524930
Jurisdicción:	ADMINISTRATIVA
Tipo de acción o medio de control:	Nulidad y restablecimiento del derecho
Procuraduría de conocimiento actual:	PROCURADURIA (REPARTO)
Valor económico inicial:	\$244.340.536,00
Valor económico indexado:	\$244.340.536,00
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	891300047	CLÍNICA PALMIRA	CONVOCANTE

Hechos:

- LA CONVOCANTE PRESTÓ SERVICIOS MEDICO QUIRÚRGICOS EN SALUD A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO, EVENTOS CATASTRÓFICOS Y TERRORISTAS, POR LO QUE PRESENTÓ ANTE LA ADRES 204 FACTURAS COMPLETAS LAS CUALES ASCIENDEN A LA SUMA TOTAL DE 244.340.536.

- UNA VEZ RADICADAS LAS 204 FACTURAS DE LA REFERENCIA EN TRÁMITE ADMINISTRATIVO ANTE EL ADMINISTRADOR FIDUCIARIO COMO LO INDICA EL DECRETO 3990 DE 2007, DECRETO 056 DE 2015, DECRETO 780 DE 2016 Y LA RESOLUCIÓN 1645 DE 2016, PARA EFECTOS DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DESPUÉS DE HABER SURTIDO EL TRÁMITE CORRESPONDIENTE DE AUDITORIA INTEGRAL, LAS FACTURAS OBJETO DE PRETENSIÓN DE PAGO NO FUERON CANCELADAS A LA IPS.

-EN ESTE ORDEN TENEMOS QUE LA ADRES DEBE A LA IPS LA SUMA DE DOSCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MILLONES 244.340.536, VALOR QUE DEBE SER SOMETIDO A CONCILIACIÓN PREJUDICIAL, CON EL OBJETO DE AGOTAR REQUISITO DE

PROCEDIBILIDAD PREVIO A LA VÍA JUDICIAL Y OBTENER EL PAGO TOTAL DE LA OBLIGACIÓN.

Causas y Subcausas:

Entidad	Causa	Subcausa
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	INCUMPLIMIENTO EN EL RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS Y SERVICIOS INCLUIDOS O NO EN EL POS	

Valor económico del proceso o caso

Pretensiones:

Descripción	Unidad monetaria	Valor
	PESOS	244.340.536,00

Descripción adicional del proceso por parte del abogado

Hechos - Complemento a los descritos en el registro relacionado:

- La IPS CLÍNICA PALMIRA prestó servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a usuarios víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y los demás eventos aprobado por el Ministerio de Salud, conforme lo establecen las normas aplicables al caso particular.
- La IPS CLÍNICA PALMIRA radicó ante la ADRES 204 facturas por concepto de servicios de salud prestados a los usuarios. Surtido el proceso de auditoría, estas facturas fueron aceptadas por la convocada.
- A la fecha la ADRES no ha cancelado las respectivas facturas, por lo que se entiende agotada la reclamación administrativa.

Pruebas allegadas al caso por las partes:

Parte convocante:

- Medio magnético que contiene las facturas objeto de la presente reclamación y su trazabilidad.

Parte convocada:

- Apoyo técnico validado por la Dirección de Gestión de Tecnologías de información y Comunicaciones (Anexo 2)

Requisitos con que cumple la solicitud de conciliación:

Designación del funcionario al que se dirige
Individualización de las partes y sus representantes
Aspectos que se quieren conciliar y los hechos en los que se fundamentan
Pretensiones que formula el convocante
Relación de las pruebas que se acompañan y de las que se harían valer en el proceso
Demostración del Agotamiento de la vía gubernativa
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

Decisiones del comité de conciliación relacionadas con el proceso objeto de estudio

Decisiones tomadas por el comité en casos similares:

Nro. Ekogui	Número de identificación	Decisión del comité	Conclusiones del comité
1426322		No concilia	El Comité por unanimidad resuelve no proponer fórmula de conciliación toda vez que los 787 recobros se encuentran afectados por el fenómeno jurídico de la caducidad. Frente a los demás no es viable su reconocimiento debido a la imposición de glosas con fundamento en la normativa vigente a la fecha de prestación del servicio.
1455138		No concilia	No presentar fórmula conciliatoria, teniendo en cuenta que la información contenida en el FURPEN, por una parte generó duda razonable en virtud a que no es consistente con otras reclamaciones que se encuentran en trámite; adicionalmente, y comoquiera que la indemnización petitionada tiene sustento en una reclamación administrativa que se encuentra debidamente reglamentada en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016 que disponen el agotamiento de una auditoria integral de carácter médico, jurídico y financiero, si se evidencia una atención medica que sustente la atención de la víctima debe aportarse, situación que no acaeció en el particular, por lo que la administración se encuentra impedida de efectuar el reconocimiento requerido. Es vital tener en cuenta que la convocante únicamente allegó una certificación de la EPS SALUD TOTAL, en la que se indica “no hay registro con atenciones en el servicio de urgencia ni en consulta externa como medicina general, medicina especializada, odontológica, en la unidades atención (UUAP, UAB, UOD, UME) de Salud Total”, la cual no se relaciona con la atención del accidente de tránsito, pero, en todo caso, en los soportes se enuncia una atención medica que requiere validarse y como se indicó, no fue aportada.

Análisis del proceso o caso

Objeto de la solicitud de conciliación

- Solicita el reconocimiento y pago de \$244.340.536 correspondiente a las 204 facturas que fueron presentadas ante la ADRES por concepto de la prestación de servicios médico-quirúrgicos a favor de víctimas de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas.

Principal problema jurídico

Considerando que la CLÍNICA PALMIRA interpuso el medio de control de Reparación Directa, corresponde 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.

Análisis de caducidad y/o prescripción

Para el presente caso, la parte convocante presenta solicitud de conciliación invocando el medio de control de reparación directa; no obstante, atendiendo el pronunciamiento del Consejo de Estado del 10 de junio de 2022 emitido dentro del expediente 25000232600020050154601, 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 la nulidad y restablecimiento del derecho.

- Caducidad medio de control de reparación directa

El término de caducidad para el medio de control de reparación directa se encuentra consagrado en el literal i) del numeral 2 del artículo 164 de la ley 1437 de 2011, 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”.

Así, entonces, teniendo en cuenta que la comunicación del resultado de auditoría integral se efectuó entre el 27 de octubre de 2020 y el 08 de marzo de 2021 y la solicitud de conciliación se presentó el 09 de marzo de 2023 es posible concluir que fue superado el término de caducidad para 29 reclamaciones. (Anexo 3)

De igual forma se debe indicar que 18 reclamaciones se encuentran en trámite de auditoría médica, por tanto, no es posible realizar el respectivo análisis de caducidad.

- Caducidad medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho

Dadas las consideraciones previamente enunciadas, se debe tener en cuenta que el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho, según el literal d) del numeral 2 del artículo 164 de la Ley 1437 de 2011, 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;

Así las cosas, es importante tener en cuenta que la solicitud de conciliación se radicó el día 09 de marzo de 2023 y los resultados de auditoría fueron comunicados entre el 27 de octubre de 2020 y el 10 de diciembre de 2021, por lo que se puede concluir que fue superado el término de 4 meses para presentar la demanda o solicitud de conciliación de manera oportuna sobre 186 reclamaciones. (Anexo 4)

Por último, se reitera que 18 reclamaciones están en proceso de entrega de resultados y auditoría.

Análisis del caso

7.1. 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 el Decreto 780 de 2016 y 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 el Decreto 780 de 2016 y 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. Del insumo técnico proferido por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones.

Como se explicó previamente, las IPS deben adelantar un procedimiento administrativo para obtener el reconocimiento y pago de los servicios de salud que prestaron. Para lo anterior, se asigna un número de reclamación con el que se adelanta todo el procedimiento. No obstante, para el caso concreto la IPS no allegó los números de reclamación, sino de factura, por lo que la búsqueda se debió realizar considerando ese dato. Así las cosas, la OAJ solicitó apoyo técnico el 14 de marzo de 2023 a través de los correos electrónicos mesadeservicios@adres.gov.co con copia a yuly.otalora@adres.gov.co. Dicho apoyo se recibió el 21 de marzo de 2023.

Una vez revisado el apoyo técnico remitido por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones, se encontró que la IPS CLÍNICA ANTIOQUIA radicó las 204 facturas enunciadas en la solicitud de conciliación. Tal como se expone a continuación:

	Reclamaciones presentadas	Valor Reclamado	Valor Glosado	Valor Aprobado
Total	204	\$ 320.494.153,00		
		\$ 162.205.509,15		
		\$ 158.288.643,85		

Adicionalmente, la IPS convocante presentó reclamaciones derivadas de:

- No asegurado – 67 reclamaciones
- Vehículo fantasma – 137 reclamaciones

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

- APROBADA: 62 reclamaciones.
- APROBADA PARCIAL: 35 reclamaciones
- NO APROBADAS: 101 reclamaciones
- EN AUDITORÍA: 6 reclamaciones

Así las cosas, se profundizará en las glosas mayoritarias de la reclamación que surtieron oportunamente su trámite de auditoría.

7.3. De las glosas impuestas

? Soportes:

La reclamación presenta formato FURIPS incompleto o mal diligenciado en el campo (X) no diligenciaron el valor reclamado

Inconsistencias en formato furips en el campo (X)

La reclamación presenta formato FURIPS incompleto o mal diligenciado en el campo (X) Valor reclamado...La reclamación presenta formato FURIPS incompleto o mal diligenciado en el campo (II y IV) Condicion del Accidentado - Estado de Aseguramiento (Ilegible)

Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.

Así entonces, el Manual de Auditoría Integral respecto al tema estableció:

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, es importante tener en cuenta lo establecido en el numeral 2 del literal A del artículo 17 de la Resolución 1645 de 2016, el cual estableció los requisitos mínimos que deben aportar las IPS que pretenden el reconocimiento económico por reclamaciones. Al respecto, se reitera que la parte actora no tuvo en cuenta dichas condiciones, situación que conllevó a la imposición de las respectivas glosas.

Así entonces el mencionado artículo estipuló:

Artículo 17. Desarrollo de la etapa de auditoría integral. Durante esta etapa, que se desarrolla dentro de los dos (2) meses

siguientes al cierre del periodo de radicación, el FOSYGA o quien haga sus veces realiza la validación del cumplimiento de los aspectos mínimos de verificación consignados a continuación, mediante el análisis de la información suministrada por el reclamante en las etapas de pre-radicación y radicación: A. Aspectos mínimos de verificación para reclamaciones por servicios de salud (...)

2. 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, no es subsanable la inconsistencia presentada bajo la imposición de esta glosa; puesto que 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.

? ECAT

Existe inconsistencia entre el formulario de reclamación y los soportes en relación con (tipo y número de identificación de la víctima)

Existen inconsistencias entre el medio físico y el magnético en relación con (Valor reclamado).

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.

Así las cosas, la Resolución 1645 de 2016 en el artículo 10 estableció:

"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 auditoria 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..."

7.4. 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 No. 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 la reclamación, 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 artículos 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 al jefe de la Oficina Asesora Jurídica indica lo siguiente:

“Es preciso aclarar que, los despachos judiciales de los procesos descritos han incurrido en un grave error al interpretar que las facturas que expiden las IPS a ADRES por los servicios de salud relacionados con i) accidentes de tránsito con vehículos sin SOAT o no identificados y ii) eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas, son un título valor y por tanto le serían aplicables las reglas del Código de Comercio. Para determinar lo anterior, se procede a realizar el siguiente análisis jurídico.

La Subcuenta ECAT, tiene la obligación de garantizar la atención integral a las víctimas que han sufrido daños como consecuencia directa de accidentes de tránsito, acciones terroristas o catástrofes naturales, lo anterior en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.

Los recursos que integran la Subcuenta en mención se establecieron en el artículo 223 de la Ley 100 de 1993, en los que están incluidos, entre otros, los recursos del FONSAT (Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito), significa lo anterior que las víctimas de accidentes de tránsito en los casos que no existe cobertura del SOAT, pasaron a ser cubiertas directamente por el entonces FOSYGA hoy ADRES.

Ahora bien, para obtener el reconocimiento y pago de los servicios de salud prestados, indemnizaciones y gastos derivados, en su mayoría, de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas o los demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, tanto el legislador como el marco regulatorio señalan que las Institución Prestadora de Servicios de salud deben acudir al procedimiento especial para el reconocimiento y pago de las reclamaciones.

Este procedimiento especial supone, de una parte, el cumplimiento de las condiciones de cobertura, ejecución de recursos, funcionamiento y aspectos complementarios descritos en los artículos del 2.6.1.4.1 al 2.6.1.4.3.12 del Decreto 780 de 2016; y de otra, la realización de la auditoría integral, y la validación de los requisitos establecidos en la Resolución 1645 de 2016 del Ministerio de Salud y la Protección Social, como consecuencia del cual se generan resultados de auditoría de aprobado, aprobado parcial y no aprobado; y se procede el pago, únicamente, de las reclamaciones aprobadas total o parcialmente.

Con el objeto de dar mayor claridad, se tienen como requisitos para la presentación de reclamaciones con cargo a la subcuenta ECAT del FOSYGA, en el marco de lo dispuesto en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y la Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012. Principalmente, los siguientes:

“REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES CON CARGO A LA SUBCUENTA ECAT SERVICIOS MÉDICO – QUIRÚRGICOS COBERTURA

- Hasta 800 salarios mínimos diarios legales vigentes (SMLDV) en el momento del accidente
- Hasta 300 SMLDV cuando se trata del excedente de la póliza SOAT en caso de vehículo asegurado para eventos anteriores al 10 de julio de 2012 conforme lo dispone el Decreto 967 de 2012

FORMULARIO

Formulario Único de Reclamación por parte de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en atención a los servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito y eventos terroristas o catastróficos – FURIPS Resolución 1915 de 2008

¿QUIÉN PUEDE RECLAMAR?

La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios

REQUISITOS

- Formulario FURIPS
- Anexo Técnico estructura Circular Externa 179761 de 2008
- Para los Prestadores de los Servicios de Salud, el anexo técnico, deberá contener la firma digital del Representante legal
- Soporte médico de la atención, Epicrisis (Resolución 3374 de 2000); Copia de la atención de Urgencias, copia de la atención ambulatoria
- Accidente de Tránsito: Certificación médica que las lesiones presentadas son secundarias a accidente de tránsito.
- Evento Catastrófico: Certificación expedida por la autoridad competente de que la víctima hace parte del censo elaborado por los Comités Locales y / o Regionales de Emergencias a los que se refiere el Decreto 919 de 1989 O normas que la modifiquen o deroguen, por tratarse de una persona afectada directamente por el evento
- Evento Terrorista : Certificación expedida por una de las siguientes autoridades el Alcalde del respectivo municipio o distrito , la Personería Municipal o Distrital quien haga sus veces , en su ausencia , las autoridades correspondientes de la Policía Nacional o del Ejército o , en últimas , la Procuraduría General de la Nación , la Defensoría del Pueblo y la Dirección General Unidad Administrativa Especial para los Derechos Humanos del Ministerio del Interior y de Justicia , respecto de que la persona ha sufrido las consecuencias de alguno de los eventos .
- Factura o cuenta de cobro requisitos Art 617 Estatuto Tributario.
- Detalle de los servicios prestados de acuerdo con el Decreto 2423 de 1996.
- En caso de póliza SOAT vigente, Certificación de agotamiento de tope eventos previos a la entrada en vigencia del Decreto 967 de 2012

Como se observa al no cumplir con los requisitos normativos, no existe legalmente una obligación por parte de esta Entidad de adelantar el pago de dichas facturas, figura que desconocen los distintos despachos judiciales, que dentro de los procesos ejecutivos incoados en contra de esta Entidad, afirman que las facturas presentadas como pruebas cumplen con los presupuestos del artículo 774 del Código de Comercio, convirtiendo cada factura en un “título valor”, sin que se tenga en cuenta que dichos requisitos distan en que dichas facturas deben ser canceladas con fundamento en una obligación legal y no en un contrato verbal o escrito celebrado entre el Ente Prestador y ADRES.

Para lo cual es preciso recordar que en la prestación de los servicios de salud interviene tres sujetos, el prestador del servicio (IPS), el sujeto de atención y la entidad encargada de garantizar la prestación del servicio, no obstante el acuerdo de voluntades que subyace a la prestación de los servicios de salud, y que sirve de causa a la “factura cambiaria” como título valor que se expide para su cobro, se celebra entre el emisor de la factura (IPS) y el pagador de los servicios, ejemplo, la EPS, quien desde el punto de vista contractual es el beneficiario de los servicios prestados por la IPS.

El artículo 1 de la Ley 1231 de 2008 indica que “No podrá librarse factura alguna que no corresponda a bienes entregados real y materialmente o a servicios efectivamente prestados en virtud de un contrato verbal o escrito”, por lo que la interpretación de los jueces es errónea, dado que no todas las facturas de salud surgen de un contrato, pues los servicios de atención inicial de urgencia son obligatorios y no requieren contrato o autorización, tal y como lo dispone el artículo 677 de la Ley 715 de 2001 (facturas emitidas por las IPS a la ADRES).

Asimismo, el artículo 57 de la Ley 1438 de 2011 indica “TRÁMITE DE GLOSAS las entidades responsables del pago de servicios de salud dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la presentación de la factura con todos sus soportes, formularán y comunicarán a los prestadores de servicios de salud las glosas a cada factura, con base en la codificación y el alcance definidos en la normatividad vigente (...)”

Por lo que al hacer una revisión de lo reglado en el artículo 772 del Código de Comercio, en el presente caso, no se cumplirían los requisitos allí plasmados, ya que los valores allí reclamados no se podrían exigir por medio de facturas, únicamente, como lo buscan los hoy demandantes, y al no existir el servicio prestado en virtud de un contrato, no se podría hablar de una aceptación tácita pasados los dos meses de su radicación sin que haya pronunciamiento de ADRES. En razón a lo anterior, en estos casos no se podría predicar la existencia de un título valor, ergo, no existiría la figura de la aceptación tácita y por tanto, el proceso ejecutivo no sería el mecanismo para reclamar los valores allí prestados, si no por el contrario debería ser por un proceso ordinario laboral, un declarativo o una acción contencioso administrativa.

Entonces, teniendo en cuenta la naturaleza del procedimiento establecido en la norma para el reconocimiento y pago de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas, denominados reclamaciones, es evidente que las obligaciones que pretende hacer efectivas la entidad demandante carecen de mérito ejecutivo pues no cumplen el requisito de exigibilidad tal y como se explicó anteriormente.

Sobre el particular, es imperioso reproducir el análisis efectuado por la Corte Constitucional en Sentencia T-747 de 2013 respecto de los títulos ejecutivos:

«Los títulos ejecutivos deben gozar de dos tipos de condiciones: formales y sustanciales. Las primeras exigen que el documento o conjunto de documentos que dan cuenta de la existencia de la obligación “(i) sean auténticos y (ii) emanen

del deudor o de su causante, de una sentencia de condena proferida por el juez o tribunal de cualquier jurisdicción, o de otra providencia judicial que tenga fuerza ejecutiva conforme a la ley, o de las providencias que en procesos contencioso administrativos o de policía aprueben liquidación de costas o señalen honorarios de auxiliares de la justicia, o de un acto administrativo en firme.” Desde esta perspectiva, el título ejecutivo puede ser singular, esto es, estar contenido o constituido en un solo documento, o complejo, cuando la obligación está contenida en varios documentos. Las segundas, exigen que el título ejecutivo contenga una prestación en beneficio de una persona. Es decir, que establezca que el obligado debe observar a favor de su acreedor una conducta de hacer, de dar, o de no hacer, que debe ser clara, expresa y exigible. Es clara la obligación que no da lugar a equívocos, en otras palabras, en la que están identificados el deudor, el acreedor, la naturaleza de la obligación y los factores que la determinan. Es expresa cuando de la redacción misma del documento, aparece nítida y manifiesta la obligación. Es exigible si su cumplimiento no está sujeto a un plazo o a una condición, dicho de otro modo, si se trata de una obligación pura y simple ya declarada.» (Negrilla fuera de texto)

Conforme lo hasta aquí expuesto, deberá tenerse en cuenta la normativa especial y aclarar que el cobro pretendido debe hacerse en el marco de las reclamaciones y no de facturas que carecen del elemento ejecución.

7.5. 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, el cual puede solicitar toda persona que se crea lesionada en un derecho subjetivo amparado en una norma jurídica por lo que podrá solicitar la declaratoria de nulidad del acto administrativo particular, expreso o presunto; 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 una acción 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 del Consejo de Estado del 10 de junio de 2022 emitido dentro del expediente 25000232600020050154601. En este, el órgano de cierre de la jurisdicción contencioso-administrativa resolvió el recurso de apelación interpuesto por Suramericana de Seguros en contra de la sentencia proferida por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sala de Descongestión.

En el fallo en mención, el Consejo de Estado indicó que:

“Por consiguiente, se entiende que las decisiones de «glosar o rechazar» las solicitudes de recobro por servicios, medicamentos o tratamientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud no POS fueron adoptadas por el Ministerio de Protección Social a través de la fiduciaria y, en tal virtud, constituyeron actos unilaterales susceptibles de ser impugnadas ante la jurisdicción de lo contencioso administrativa a través de la acción procesal específicamente preestablecida para el efecto”.

(...) 3. Conclusión

“No prospera el recurso de apelación por cuanto se encuentra demostrado que la acción de reparación directa no es la idónea para reclamar los perjuicios aquí demandados, por cuanto, el daño proviene de actos administrativos expedidos por el Ministerio de Protección Social y el consorcio Fisalud en los cuales se le negó a la parte demandante el reconocimiento del 50% de los medicamentos recobrados, luego, la parte actora debía demandar tales actos administrativos. De esta forma, la Sala revocará la sentencia del 23 de noviembre de 2012 del Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección Tercera, Subsección C de Descongestión mediante la cual se negaron las pretensiones de la demanda, para en su lugar declarar de oficio la excepción de ineptitud sustantiva de la demanda por indebida escogencia de la acción y, por consiguiente, se inhibirá de pronunciarse sobre el fondo de la Litis, en aplicación de lo dispuesto en el artículo 164 del Código Contencioso Administrativo.” (negrilla fuera de texto)

Si bien el análisis expuesto por el Consejo de Estado versa sobre el recobro de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, 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. La reclamación, al igual que el recobro, busca resolver un desequilibrio económico, que para el caso concreto involucra al Estado y una IPS. De acuerdo con lo anterior, el trámite otorgado a las reclamaciones por parte de la ADRES, constituye un acto administrativo, por lo que la competencia corresponde a los jueces administrativos.

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, la Oficina de Asesora Jurídica considera que NO ES VIABLE presentar fórmula conciliatoria sobre las 204 reclamaciones. Lo anterior, ya que se evidencia que existe una indebida escogencia del medio de control, toda vez que la decisión de glosar, devolver o rechazar, constituye un acto administrativo susceptible de validación ante la jurisdicción contencioso administrativa, motivo por el cual la parte actora deberá cuestionar la legalidad de estas decisiones a través del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho y no por el medio de una acción laboral. Así las cosas, se evidenció que sobre 186 reclamaciones se habría configurado el fenómeno jurídico de la caducidad respecto del medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho.

Adicionalmente, del estudio realizado, se evidenció que 62 reclamaciones presentan un estado de aprobado, 35 tienen estado de aprobado parcial, 101 de no aprobado y 6 se encuentran en auditoría médica. Trámite que se realizó, acorde con lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, la Resolución 1645 de 2016 y el Manual de Auditoría Integral vigente. Por lo tanto, se trata de resultados que están debidamente soportados y comunicados.