Ficha de conciliación Extrajudicial

Información del proceso extrajudicial asociado a la ficha

Número de la ficha:	131787
Elaborada por:	SANDRA JULIETH HERRERA ALFONSO (ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD)
Numero de la solicitud de conciliación extrajudicial:	1525730
Jurisdicción:	ADMINISTRATIVA
Tipo de acción o medio de control:	Reparacion Directa
Procuraduría de conocimiento actual:	PROCURADURIA (REPARTO)
Valor económico inicial:	$1.056.930.830,00
Valor económico indexado:	$1.056.930.830,00
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	800183943	CLÍNICA SANTAMARÍA SAS	CONVOCANTE

Hechos:

LA CONVOCANTE EN CUMPLIMIENTO DE LO ORDENADO POR LA CONSTITUCIÓN1 Y LA LEY2, RECIBIÓ EN SUS INSTALACIONES A

PERSONAS LESIONADAS EN EVENTOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y LES PRESTÓ LOS SERVICIOS MÉDICOS REQUERIDOS. LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS ATRÁS REFERIDOS DIO LUGAR AL COBRO ANTE LA ADRES DE LOS MISMOS, DADA SU CONDICIÓN DE ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DE LA SUBCUENTA ECAT, SERVICIOS FACTURADOS Y COBRADOS POR LA CONVOCANTE DE UN TOTAL DE 1124 RECLAMACIONES POR VALOR DE $1.056.930.830.

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	1.056.930.830,00

Descripción adicional del proceso por parte del abogado

Hechos - Complemento a los descritos en el registro relacionado:

- Indicó la convocante que recibió en sus instalaciones a personas lesionadas en eventos catastróficos y accidentes de tránsito y les prestó los servicios médicos requeridos.

- La prestación de servicios referidos dio lugar al cobro ante la ADRES, por lo cual presentó 1.124 facturas por un valor de $ 1.056.930.830.

- La ADRES se abstuvo injustificadamente de pagar los montos señalados en ellas como el costo de los servicios dispensados.

- La falta de pago por parte de la ADRES, ocasiona a la convocante graves perjuicios económicos, lo cual genera un prejuicio injustificado.

Pruebas allegadas al caso por las partes:

Parte convocante:

- Las reclamaciones con los soportes legales.
- Documentos soporte de la representación legal de la parte convocante.
- Constancias de habilitación en el registro especial de prestadores de servicios de salud.

Parte convocada:

- Apoyo técnico emitido por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones.

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
Firma del apoderado del solicitante o solicitantes

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
1426324		No concilia	NO se propone fórmula conciliatoria ya que los 1871 recobros se encuentran afectados por el fenómeno jurídico de la caducidad y adicionalmente fueron objeto de imposición de glosas con fundamento en la normativa vigente aplicable para la fecha de prestación del servicio.

Análisis del proceso o caso

Objeto de la solicitud de conciliación

- Solicita el pago de $1.056.930. 830.correspondiente a los valores de las 1.124 facturas por concepto de prestación de servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito.

- Como consecuencia de lo anterior, la parte actora solicitó que la ADRES pague los intereses moratorios conforme lo dispone el CPACA, desde el momento en que la obligación se hizo exigible.

Principal problema jurídico

Determinar sí 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

7. Análisis de la caducidad

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 aunado al Auto 861 de 27 de octubre 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 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 solicitud de conciliación se presentó el 04 de abril de 2023 y los resultados de auditoría integral de 346 reclamaciones fueron comunicados entre el 22 de septiembre de 2014 y el 29 de enero de 2021, es posible concluir que fue superado el término de caducidad, anteriormente descrito.

Respecto de las 775 reclamaciones restantes, cuyo resultado de auditoría se comunicó entre el 05 de abril de 2021 y el 28 de diciembre de 2022, teniendo en cuenta que la solicitud de conciliación se presentó el 04 de abril de 2023 es posible concluir que no ha sido superado el término de caducidad.

Adicionalmente, se pone de presente que, no es posible realizar el análisis de caducidad de 3 reclamaciones en razón a que no obra constancia de radicación de dichas facturas.

- 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 el 04 de abril de 2023 y los resultados de auditoría de las 1111 reclamaciones fueron comunicados entre el 22 de septiembre de 2014 y el 15 de septiembre de 2022, 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 la totalidad de facturas.

Respecto de las 10 reclamaciones restantes, teniendo en cuenta que el resultado de auditoría se notificó 28 de diciembre de 2023, que la solicitud de conciliación se radicó el día el 04 de abril de 2023, se puede concluir que no operó el fenómeno jurídico de la caducidad.

Igualmente, se reitera que sobre 3 reclamaciones no es posible efectuar el análisis de caducidad en razón a que no obra constancia de radicación de dichas facturas.

Análisis del caso

6. Análisis efectuado caso concreto

6.1. 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.

6.2. Solicitud de insumo para verificación particular del caso

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 04 de abril de 2023 a través del correo electrónico mesadeservicios@adres.gov.co con copia a yuly.otalora@adres.gov.co. Dicho apoyo se recibió el 10 de abril de 2023:

Una vez revisado los anexos de la solicitud de conciliación, se encontró que la IPS solicitó el pago de 1.124 facturas por valor de $1.056.930.830. Sin embargo, del apoyo técnico remitido por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones, se encontraron se encontraron 1.121 facturas cuyo valor glosado asciende a la suma de $ 2.293.510.225. Tal como se expone a continuación:

	Reclamaciones presentadas	Valor Reclamado	Valor Aprobado	Valor Glosado	Reclamaciones duplicadas
Total	1121	$ 2.296.510.225	$ 1.134.969.419	$ 1.161.540.806	25

Adicionalmente, se excluirán del análisis 25 facturas que se encuentran duplicadas presuntamente, por radicación de subsanación.

Numero_Factura	NUM_VICTIMA
0000307219	92517651
0000313744	1102804946
0000324429	3858929
0000324433	3858929
0000333913	92551378
0000340975	1102801213
0000341376	1102843994
0000345599	72048060
0000349779	64568918
CSM101534	1082474693
CSM187153	70001D15320979
CSM200219	VEN23757251
CSM67099	1102870021
CSM89947	VEN16543932
FC140536	78731833
FC182776	1102808330
FC186452	9252516
FC186452	92525510
FC189191	1102803247
FC212054	64550200
FC345497	95529577

FC352876 1102836403
FC430313 1102844194
FV78344 1102878102
FV78806 1003124050

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

- Vehículo asegurado – 51 reclamaciones
- Vehículo no asegurado – 443 reclamaciones
- Vehículo en fuga – 7 reclamaciones
- Vehículo fantasma - 609 reclamaciones
- Póliza falsa – 6 reclamaciones
- Sin identificar –5 reclamaciones

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

- APROBADA PARCIAL: 386 reclamaciones
- NO APROBADAS: 735 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

Verificado el apoyo técnico, se encontró que las glosas mayoritarias corresponden a las siguientes:

- Justificación: Para esta glosa se evidencian las siguientes observaciones:

Se reitera la glosa (3209) La ayuda diagnóstica (códigos 19010-19224-19304-19490-21701-21706) no tiene justificación
Se reitera la glosa (3207) El medicamento (TRAMADOL 50 MG / ACETAMINOFEN 500 MG / AGUA ESTRIL / CLORURO DE POTASIO 10 ML / CLORURO DE SODIO AL 0.9% / DEXAMETASONA 8 MG / DIPIRONA 1 G / DIPIRONA MAGNESICA 2 G / ENOXAPARINA SODICA 40 MG / FENITOINA INYECTABLE 250MG / HALOPERIDOL TABLETAS 5 MG / HIOSCINA NBUTIL BROMURO 20 MG / METOCLOPRAMIDA 10 MG / MIDAZOLAM 5 MG / OMEPRAZOL 40MG / OSMORIN MANITOL / PARACETAMOL / OXIGENO MEDICINAL) no tiene justificación , de acuerdo a estancia y evento no justificado.
Material LLAVE DE 3 VIAS DESECHABLE no tienen la justificación
Las ayudas diagnósticas relacionadas y/o justificados en los soportes de la factura hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
Ayuda diagnóstica Electrocardiograma no tiene justificación

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 originó la reclamación. Por tanto, no es claro para la administración que le asista el derecho a la IPS recobrante.

- Soportes:

Existe inconsistencia entre el formulario de reclamación y los soportes en relación con campo IX medico en FURIPS no evidenciado.
Soporte de medicamentos Mepiridina 100 mg ausente o incompleto
Se reitera glosa anterior 3113. No se evidencia soporte de pago por servicios de salud prestados por un tercero ya sea laboratorio, radiología u otro radiología
Se reitera glosa anterior 3113. No se evidencia soporte de pago por servicios de salud prestados por un tercero ya sea laboratorio, radiología u otro laboratorio clínico

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.

- Facturación y tarifas:

FACTURACIÓN

Existen diferencias en cantidades facturadas.
La factura o el documento equivalente no cumplen con alguno de los requisitos legales, esto es, factura fuera de rango según resolución.
En la factura se relaciona pagos por servidos prestados por la misma IPS reclamante y no habilitados.

De conformidad con lo anterior, al no encontrarse registro alguno de presentación de facturas por parte de la convocante, es imposible realizar el análisis pertinente en la presente ficha. Razón por la cual es improcedente presentar acuerdo conciliatorio.

6.3. 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 establecido en la normativa, en el que la Administración verifica el cumplimiento de requisitos esenciales para su reconocimiento o no.

En ese orden de ideas, la decisión adoptada constituye un acto administrativo susceptible de control legal ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo y, por consiguiente, le es aplicable el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho. Es de recordar 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 del medio de control, puesto que la convocante avocó una reparación directa

Adicionalmente, 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 a lo referido en el 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.

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, del análisis expuesto por la Corte Constitucional es posible aplicarlo al caso concreto. Puesto que, en el procedimiento de reclamaciones, al igual que el de recobros 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.

6.5. 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.

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 al 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)

Esta providencia ilumina el asunto sub examine, como quiera que hace imposible la asimilación de las reclamaciones con "títulos valores" que presten mérito ejecutivo, dado que conforme con lo expuesto, las reclamaciones por sí mismas no cumplen los requisitos sustanciales para sustentar un proceso de ejecución, debido a que están sujetas al cumplimiento de una condición, consistente en el agotamiento del procedimiento de auditoría integral establecida en el Decreto 056 de 2015 compilado en el Decreto 780 de 2016.

Ahora, se insiste en que en el caso de los servicios de salud prestados de salud con ocasión de accidentes de tránsito, eventos terroristas, eventos catastróficos de origen natural, o los demás eventos aprobados por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, las obligaciones de efectuar el reconocimiento y pago no tienen origen en una relación contractual, sino en la Ley en cuanto fuente de obligaciones, y, por consiguiente, no se cumplen los requisitos previstos en el artículo 1 de la Ley 1231 de 2008 para que la factura allegada con la reclamación tenga los mismos efectos de una factura cambiaria: «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 tanto y dado que los argumentos jurídicos esbozados en los procesos ejecutivos no han sido de validez para, en especial, este Despacho Judicial, nos vemos en la imperiosa necesidad de solicitar su intervención en los procesos

ejecutivos que se adelantan en zonas muy específicas del país, como se detalla en el documento adjunto.

Por último, es importante aclarar que el Consejo de Estado – Sala de Consulta y Servicio Civil, expidió un concepto relacionado con las facturas del sector salud, que aclara la tesis expuesta en precedencia, razón por la cual de adjunta a la presente solicitud el extracto de lo expuesto por el Consejo de Estado (Anexo 2). Dado que dicho concepto aún goza de reserva, solicito especialmente que la ANDJE mantenga dicha condición" (Negrita y subrayado 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.

6.6. Falta de agotamiento de la vía administrativa

Adicionalmente, aún si se hubiere interpuesto el medio de control de nulidad y restablecimiento del derecho, la IPS no probó que hubiere presentado en la instancia administrativa la totalidad de las reclamaciones. Como se enunció previamente, de acuerdo con el apoyo técnico suministrado por la Dirección de Gestión de Tecnologías de la Información y Comunicaciones de la ADRES, no obra constancia de radicación de 3 facturas. Al respecto, se debe tener en cuenta que la actuación administrativa es un presupuesto procesal de carácter obligatorio para demandar a través del medio de control de nulidad y restablecimiento del derec

Análisis del precedente judicial

N/A

Aplica directriz institucional o nacional:	NO

Recomendaciones del abogado

Recomendación al comité	No conciliar

Conclusiones

La Oficina Asesora Jurídica de la ADRES en virtud de los argumentos expuestos y el informe técnico suministrado por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones, considera que en el presente caso NO ES VIABLE presentar fórmula conciliatoria sobre las 1124 facturas. Lo anterior, teniendo en cuenta que del estudio realizado se evidenció que 386 reclamaciones tienen estado aprobado parcial y 735 reclamaciones tienen un estado no aprobado. Lo anterior, teniendo en cuenta 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 y el Manual de Auditoría Integral. Además, porque respecto de 3 facturas no obra constancia de radicación, lo que genera ausencia de material probatorio.

Teniendo en cuenta además que frente a 346 reclamaciones se produjo el fenómeno jurídico de la caducidad respecto del medio de control invocado. Finalmente, porque se evidenció 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 control de reparación directa. Así las cosas, se evidenció que sobre 1111 reclamaciones se habría configurado el fenómeno jurídico de la caducidad respecto del medio de control establecido por la H. Corte Constitucional.