Ficha de conciliación Extrajudicial

Información del proceso extrajudicial asociado a la ficha

Número de la ficha:	131396
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:	1525745
Jurisdicción:	ADMINISTRATIVA
Tipo de acción o medio de control:	Nulidad y restablecimiento del derecho
Procuraduría de conocimiento actual:	PROCURADURIA 146JUDICIAL II ADMINISTRATIVA DE BOGOTA
Valor económico inicial:	$15.518.714,00
Valor económico indexado:	$15.518.714,00
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	800215758	CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A	CONVOCANTE

Hechos:

- LA IPS CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA PRESTÓ SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA, QUIRÚRGICA, FARMACÉUTICA Y HOSPITALARIA A PACIENTES DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL AÑO 2019 AL AÑO 2022.

- LA IPS RADICÓ ANTE LA ADRES 41 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.

- DE ALGUNAS CUENTAS NO SE HA RECIBIDO COMUNICACIÓN POR PARTE DE LA ADRES RESPECTO DE LA APROBACIÓN, NI ORDENADO EL PAGO DE LAS RECLAMACIONES RADICADAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS POR PARTE DE LA IPS A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO, NI RESPECTO DEL PAGO DENTRO DE LOS TÉRMINOS SEÑALADOS EN EL DECRETO 780 DE 2016.

- LA IPS RADICÓ UNA PETICIÓN FORMAL EL 23 DE NOVIEMBRE DEL 2022 CON RADICADO NO. AIS-02-2022-1720 SOLICITANDO A LA ADRES EL PAGO DE LAS CUENTAS O FACTURAS; SIN EMBARGO, SUPERADO EL TÉRMINO LEGAL DE

LOS 3 MESES NO SE OBTUVO RESPUESTA POR PARTE DE LA ENTIDAD, CONFIGURÁNDOSE DE ESTE MODO EL SILENCIO ADMINISTRATIVO NEGATIVO.

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	15.518.714,00

Descripción adicional del proceso por parte del abogado

Hechos - Complemento a los descritos en el registro relacionado:

- La IPS CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA prestó servicios de atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria a pacientes derivados de accidentes de tránsito y eventos catastróficos durante el periodo comprendido entre el año 2019 al año 2022.

- La IPS radicó ante la ADRES 41 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.

- De algunas cuentas no se ha recibido comunicación por parte de la ADRES respecto de la aprobación, ni ordenado el pago de las reclamaciones radicadas de los servicios de salud prestados por parte de la IPS a víctimas de accidentes de tránsito, ni respecto del pago dentro de los términos señalados en el Decreto 780 de 2016.

- La IPS radicó una petición formal el 23 de noviembre del 2022 con radicado No. AIS-02-2022-1720 solicitando a la ADRES el pago de las cuentas o facturas; sin embargo, superado el término legal de los 3 meses no se obtuvo respuesta por parte de la Entidad, configurándose de este modo el silencio administrativo negativo.

Pruebas allegadas al caso por las partes:

• Parte convocante:

- Relación en Medio Magnético de las Facturas objeto de cobro junto con su trazabilidad. (Anexo 1)

• Parte convocada:

- Apoyo técnico validado por la Dirección de Gestión de Tecnologías de información y Comunicaciones, en donde allegó un total de 41 reclamaciones. (Anexo 2)

Requisitos con que cumple la solicitud de conciliación:

Designación del funcionario al que se dirige
Individualización de las partes y sus representantes

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
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 peticionada 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

- Se tenga como configurado el acto ficto o presunto negativo en razón a que la ADRES no dio respuesta a la petición radicada el 23 de noviembre de 2022, referente al reconocimiento y pago de cuentas médicas por servicios medico quirúrgicos prestados por la IPS a las víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

- Como consecuencia de la declaratoria descrita en el numeral anterior, se declare la nulidad del acto ficto o presunto negativo, dado que no se resolvió de fondo la solicitud de reconocimiento y pago de cuentas médicas por servicios medico quirúrgicos prestados por la IPS a las víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

- Se declare la nulidad de las glosas (actos administrativos) emitidas por la ADRES que negaron el pago de las cuentas radicadas por la IPS.

- Se declare la nulidad del acto ficto o presunto negativo respecto de cada una de las cuentas radicadas y frente a las cuales no hubo pronunciamiento de la ADRES y por ende no se ha obtenido el pago adeudado a la IPS.

- Como consecuencia de la declaración anterior, se condene a la ADRES a cancelar a la parte actora la suma de $ 15.518.714 correspondientes a 41 reclamaciones generadas por la prestación de servicios médico-quirúrgicos que fueron prestados a las víctimas de accidentes de tránsito.

- El reconocimiento y pago de los intereses de mora, causados sobre cada una de las reclamaciones presentadas, liquidados a la tasa máxima legalmente permitida.

Principal problema jurídico

Determinar sí en el presente caso se configuró el silencio administrativo ficto o presunto. Así mismo analizar 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

Con ocasión de las consideraciones previamente enunciadas, se debe tener en consideración 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;

Sin embargo, es importante indicar que la parte actora solicitó la nulidad del acto administrativo ficto o presunto, el cual como se indicó en el acápite de cuestión previa no se configuró, en razón a que la Entidad contestó el derecho de petición dentro del término irrogado en el artículo 83 del CPACA.

Sin perjuicio de lo anterior, comoquiera que además se pretende el pago de las reclamaciones, las cuales tuvieron resultados entre el 24 de noviembre de 2021 al 28 de diciembre de 2022, se evidencia que frente a 8 reclamaciones acaeció el fenómeno jurídico de la caducidad establecido en el artículo 164 de la Ley 1437 de 2011, en razón a que la solicitud de conciliación se radicó el 17 de marzo de 2023.

Numero de Factura	NUM_VICTIMA	Fecha Devolución
A176147	1101698006	2021-11-24
A176360	1101698006	2021-11-24
A176568	52397097	2021-11-24
CSCL500580	13500235	2022-09-28
CSCL511196	52397097	2021-11-24
CSCL512006	1100958545	2021-11-24
CSCL514235	1101049646	2021-11-24
CSCL519602	91080045	2022-10-28

Sea del caso puntualizar que una petición en manera alguna reviviría la oportunidad procesal que dejó vencer la hoy convocante. De otro lado, 1 reclamación cuyo resultado se entregó el 28 de diciembre de 2022 se encontraría en oportunidad de ser cuestionada en vía judicial.

Por último, se reitera que 32 reclamaciones están en proceso de entrega de resultados y auditoría.

Análisis del caso

7.1. Configuración del silencio administrativo negativo

En primer lugar, es importante indicar que la Ley 1437 de 2011 en su artículo 83 estableció que el silencio administrativo se configura pasado tres (3) meses contados a partir de la presentación de la petición que no fue resuelta por la administración. Lo anterior de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 83. SILENCIO NEGATIVO. Transcurridos tres (3) meses contados a partir de la presentación de una petición sin

que se haya notificado decisión que la resuelva, se entenderá que esta es negativa.

En los casos en que la ley señale un plazo superior a los tres (3) meses para resolver la petición sin que esta se hubiere decidido, el silencio administrativo se producirá al cabo de un (1) mes contado a partir de la fecha en que debió adoptarse la decisión.

La ocurrencia del silencio administrativo negativo no eximirá de responsabilidad a las autoridades. Tampoco las excusará del deber de decidir sobre la petición inicial, salvo que el interesado haya hecho uso de los recursos contra el acto presunto, o que habiendo acudido ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo se haya notificado auto admisorio de la demanda."

De lo anterior se colige que, el silencio administrativo negativo tiene ocurrencia cuando transcurre el tiempo irrogado por la normativa, sin que se haya notificado una decisión expresa al peticionario, para lo cual se debe entender que las peticiones fueron resueltas de manera negativa. Sin embargo, ha de precisarse que, aunque se haya configurado un acto administrativo ficto o presunto producto del silencio, la administración aún cuenta con la competencia para emitir el acto expreso a través del cual resuelva la petición correspondiente.

Para el caso en concreto, la apoderada de la convocante afirmó que presentó la petición el día 23 de noviembre del 2022 sin que, pasados los tres meses la ADRES hubiese dado una respuesta, configurándose de este modo el silencio administrativo negativo. A contrario sensu, y tal como se resumirá en adelante, ADRES dio respuesta a la petición elevada por la IPS en los términos establecidos en el artículo 83 del CPACA.

Así entonces, especto a la petición No. AIS-02-2022-1720 radicado el 23 de noviembre de 2023, en la cual se solicitaba la aprobación y pago de las reclamaciones que conforman esta conciliación; validado los sistemas de información en la entidad se identificó que tiene asignado el ORFEO 20221422802202 de 23/11/2022, petición que se contestó en oportunidad mediante comunicación 20221601984731 de 29 de diciembre de 2022 y según consta en el certificado emitido por 4-71 la respuesta se notificó el 17 de enero de 2023 así:

Adicionalmente, se revisó la respuesta que brindó la ADRES en donde se encontró:
PETICIÓN RESPUESTA

Petición:
(…)
PRIMERO: La APROBACIÓN Y PAGO INMEDIATO de 41 reclamaciones que se encuentran relacionadas en el documento de Excel que se adjunta al presente, las cuales ascienden a la suma de QUINCE MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS TRECE PESOS M/CTE. ($15.678.613)) teniendo en cuenta que fueron radicadas cumpliendo con los requisitos establecidos en la normatividad legal vigente. (…)
"Oficio de respuesta 20221601984731"
Ahora bien, realizada la consulta en el aplicativo de reclamaciones radicadas por la CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A. IPS PRIVADA, identificada con Nit. 800.215.758, se evidencia que, de las reclamaciones radicadas hasta el 30 de noviembre de 2022, 3 reclamaciones correspondientes a la suma de $ 8.997.742 están en auditoria aún, no obstante, las demás reclamaciones presentadas ante esta entidad ya fueron auditadas. El estado de las reclamaciones anteriormente consultadas, el detalle de los valores aprobados, deducidos y girados, así como la legalización de giro previo, y el detalle de las facturas auditadas y en proceso de auditoria pueden ser consultados en la página WEB de la ADRES en la lupa al giro – Giros, Otras Prestaciones, Reclamaciones, Persona Jurídica – "Realiza aquí las consultas para personas jurídicas" o en el siguiente enlace https://www.adres.gov.co/lupa-al-giro/reclamanciones/persona-juridica, ingresando el usuario y la contraseña asignada al prestador en la etapa de registro previo. En cuanto a los valores de las reclamaciones que se encuentran en proceso de auditoría, se le informa que no pueden ser considerados como cartera pendiente de pago, teniendo en cuenta que el nacimiento de la obligación se da luego de que en la auditoría integral se aprueba la reclamación, situación que no se ha configurado. En ese sentido, se informa que el resultado del trámite de estas reclamaciones le será comunicado dentro de los plazos dispuestos en la Resolución 1645 de 2016."

Como quedó demostrado, se puede concluir que no se configuró el acto administrativo ficto o presunto. Por tanto, las pretensiones incoadas no tienen vocación de prosperar.

En suma, se debe resaltar que el derecho de petición no se constituye como una herramienta para obtener el pago de reclamaciones, teniendo en cuenta que el para obtener el reconocimiento y pago de los servicios de salud prestados, la IPS debe acudir al procedimiento especial para el reconocimiento y pago de las reclamaciones procedimiento se encuentra

definido por la Ley en la Resolución 1645 de 2016.

Finalmente, es importante precisar que la convocante tenía conocimiento del estado de las glosas desde el 24 de noviembre de 2021 al 28 de diciembre de 2022, por lo que si pretende es el pago de estas, 8 reclamaciones estarían caducas. Maxime cuando la convocante debió hacer uso del mecanismo dispuesto en el artículo 24 de la Resolución 1645 de 2016 ejerciendo el derecho de defensa y contradicción que le asiste objetando o subsanando la glosa situación que para el caso concreto no ocurrió.

7.2 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.

7.3. 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 el 22 de marzo de 2023 solicitó apoyo técnico a través de los correos electrónicos mesadeservicios@adres.gov.co con copia a yuly.otalora@adres.gov.co. Dicho apoyo se recibió el 27 de marzo de 2023, a través del cual se logró establecer que en efecto existen 41 reclamaciones presentadas a la ADRES.

Del universo de reclamaciones que son objeto de conciliación, se pudo establecer que 32 se encuentran en trámite de auditoría médica, por lo que aún no cuentan con resultado de auditoría. En cuanto a las 9 reclamaciones restantes ya fueron auditadas, por lo cual fue posible obtener los siguientes valores:

	Reclamaciones presentadas	Valor Reclamado	Valor Aprobado	Valor Glosado
Auditoría				
Total	41	$ 43.523.580,00	$ 6.733.595,00	$ 4.392.036,00	$ 32.397.949,00

Adicionalmente, la IPS convocante presentó reclamaciones derivadas de:

- No asegurado – 22 reclamaciones
- Vehículo fantasma – 19 reclamaciones

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

- Aprobada parcial 4 reclamaciones.
- No aprobada: 6 reclamaciones
- En auditoría: 31 reclamaciones

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

7.4. De las glosas impuestas

? Habilitación:

Servicio de ortopedia no está habilitado para la fecha de prestación. Se glosa el servicio no este habilitado para la fecha de prestación
Servicio de consulta de medicina especializada no está habilitado para la fecha de prestación.
Servicio de (TRASNPORTE SECUNDARIO) no habilitado para la prestación del servicio.

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 VII no fue diligenciado vs anexos.
Existe inconsistencia entre el formulario de reclamación y los soportes en relación con numero de factura y datos de la víctima.

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:

El material agujas hace parte de atención integral y se cobra adicionalmente. no da lugar a cobro de agujas ya que hace parte de atención integral
Los honorarios médicos de tenodesis hace parte de patelectomia y se cobra adicionalmente.
El material AGUJA hace parte de JERINGA y se cobra 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

La factura o el documento equivalente no cumplen con alguno de los requisitos legales, esto es, Resolución fuera de rango.
La reclamación presenta ítem de servicio o procedimiento consulta de urgencias ya cancelado en la factura CSCL523528 en el radicado 12738145.
Se reitera glosa (2108) La factura allegada en los soportes de la reclamación presenta diferencias respecto de la información registrada en la factura del medio magnético, en relación con (magnético detalla: cod 14500 Corrección quirúrgica cicatriz en mano con sutura primaria - físico detalla: cod 15110 Sutura herida excepto cara)

TARIFAS

Se reitera glosa (2108) La factura allegada en los soportes de la reclamación presenta diferencias respecto de la información registrada en la factura del medio magnético, en relación con (magnético detalla: cod 14500 Corrección quirúrgica cicatriz en mano con sutura primaria - físico detalla: cod 15110 Sutura herida excepto cara)
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

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.

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 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

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 41 reclamaciones. Lo anterior, teniendo en cuenta en el presente caso no se configuró el acto administrativo ficto o presunto invocado por la actora, en razón a que la ADRES contestó el derecho de petición el día 29 de diciembre de 2022 mediante Orfeo 20221601984731 y notificado el día 17 de enero de 2023, es decir dentro de los 03 meses establecidos en el artículo 83 del CPACA.

Adicionalmente, del estudio realizado se evidenció que 4 reclamaciones tienen un estado de aprobado parcial, 6 de no aprobado y 31 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 que además de todo tiene fundamento en las inconsistencias presentadas por la IPS, de tal modo que para 8 reclamaciones estarían afectadas por el fenómeno jurídico de la caducidad.