Ficha de conciliación Extrajudicial

Información del proceso extrajudicial asociado a la ficha

Número de la ficha:	132941
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:	1526943
Jurisdicción:	ADMINISTRATIVA
Tipo de acción o medio de control:	Nulidad y restablecimiento del derecho
Procuraduría de conocimiento actual:	PROCURADURIA 136 JUDICIAL II ADMINISTRATIVA DE BOGOTA
Valor económico inicial:	$330.511.190,00
Valor económico indexado:	$330.511.190,00
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	860015888	CLÍNICA SAN RAFAEL	CONVOCANTE

Hechos:

- EL HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL DE BOGOTÁ 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 2015 AL 2022.

- LA IPS RADICÓ ANTE LA ADRES 362 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-02-2022-1712 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	330.511.190,00

Descripción adicional del proceso por parte del abogado

Hechos - Complemento a los descritos en el registro relacionado:

- El HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL DE BOGOTÁ 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 2015 al 2022.

- La IPS radicó ante la ADRES 362 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-02-2022-1712 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 362 reclamaciones. (Anexo 2)

Requisitos con que cumple la solicitud de conciliación:

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
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 $330.511.190 correspondientes a 362 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

Dadas las consideraciones previamente enunciadas, se debe tener en consideración que el medio de nulidad y restablecimiento del derecho según el artículo 164 de la Ley 1437 de 2011, debe presentarse dentro de los (4) meses siguientes a la publicación del acto administrativo. Sin embargo, en el caso objeto de estudio nos encontramos ante la posible ocurrencia de silencio administrativo negativo por acto ficto o presunto, lo cual dispone lo siguiente:

“ARTÍCULO 164. OPORTUNIDAD PARA PRESENTAR LA DEMANDA. La demanda deberá ser presentada:

1. En cualquier tiempo, cuando:
(…) d) Se dirija contra actos producto del silencio administrativo; “

Así las cosas, frente al caso concreto no es posible estudiar el fenómeno de la caducidad, puesto que la demanda puede presentarse en cualquier tiempo. Lo que significa que en los casos en los que se configura un acto ficto o presunto producto de un silencio de la Administración, no existe término perentorio alguno que dé cabida al fenómeno de la caducidad.

Sin perjuicio de lo anterior, comoquiera que además se pretende el pago de las reclamaciones, las cuales tuvieron resultados entre el 18 de enero de 2017 al 28 de octubre de 2022, se evidencia que frente a 150 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 13 de marzo de 2023. (Anexo 5)

Sea del caso puntualizar que una petición en manera alguna reviviría la oportunidad procesal que dejó vencer la hoy convocante.

De otro lado, 62 reclamaciones cuyo resultado se entregó entre el 26 de diciembre de 2022 al 15 de febrero de 2023 se encontraría en oportunidad de ser cuestionada en vía judicial.

Por último, se reitera que 150 reclamaciones están en proceso de entrega de resultados y auditoría.

Análisis del caso

7. Caso concreto - HOSPITAL UNIVERSITARIO CLINICA SAN RAFAEL DE BOGOTÁ, D.C.

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, se debe precisar lo siguiente:

a. Frente al reconocimiento y pago de cuentas medicas por servicios médicos quirurquicas prestados a víctimas accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, se debe seguir con el procedimiento establecido en el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 1645 de 2016, si se trata de reclamaciones presentadas bajo la actual normativa, o la Resolución 1915 de 2008 si fue con anterioridad. Motivo por el cual, la convocante no puede pretender que por medio de un derecho de petición se reconozcan tales cuentas, si no se ha surtido el procedimiento administrativo especial para su reconocimiento.

b. La IPS tenía conocimiento del estado de las glosas desde el 18 de enero de 2017 al 15 de febrero de 2023 tal y como se evidencia apoyo técnico suministrado por la DGTIC, por lo que si pretende es el pago de estas, 150 reclamaciones estarían caducas.

Ahora bien, respecto a la petición No. AIS-02-2022-1712 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 20221422802052 de 23/11/2022. Según el histórico de este radicado el asunto fue archivado por DOP indicando que emitió respuesta con oficio 20221601882731 de 18/11/2022. (Anexo 3)

Sin embargo, efectuado el análisis se observó que se tratan de peticiones distintas en razón a que la IPS a la cual va dirigida la respuesta el Hospital San Rafael De Itagüí y no el Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, el número de facturas y el valor de estas difieren, así como también no existe relación entre las fechas de los radicados con que aparentemente se gestionó, lo indicado en la respuesta otorgada el 18/11/2022.

De acuerdo a lo anterior, el 29 de marzo de 2023 se envió un correo a la DOP informando tal situación, en razón a que en efecto no se le ha brindado una respuesta frente a la petición Nº. AIS-02-2022-1712 (Anexo 4). En consecuencia, el derecho de petición elevado por la apoderada de la convocante con radicado 20221422802052 de 23/11/2022, se gestionó desde la Dirección de Otras Prestaciones a través de oficio 20231600207641 de 31 de marzo de 2023.

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.

En todo caso, se debe precisar que la convocante tenía conocimiento del estado de las glosas desde 18 de enero de 2017 al 15 de febrero de 2023. Por consiguiente, 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.
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 17 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 24 de marzo de 2023, a través del cual se logró establecer que en efecto existen 362 reclamaciones presentadas a la ADRES.

Del universo de reclamaciones que son objeto de conciliación, se pudo establecer que 150 se encuentran en trámite de auditoría médica, por lo que aún no cuentan con resultado de auditoría. En cuanto a las 213 reclamaciones restantes ya fueron auditadas, por lo cual fue posible obtener los siguientes valores:

	Reclamaciones presentadas	Valor Reclamado	Valor Aprobado	Valor Glosado
Auditoría				
Total	362	$ 625.015.409,00	$ 145.044.406,00	$ 246.400.278,00	$ 227.114.045,00

Adicionalmente, la IPS convocante presentó reclamaciones derivadas de:

- No asegurado – 8 reclamaciones
- Vehículo en fuga – 2 reclamaciones
- Vehículo asegurado – 352 reclamación

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

- Aprobada parcial 82 reclamaciones.
- No aprobada: 130 reclamaciones
- En auditoría: 150 reclamaciones

Al respecto, es oportuno precisar que en los términos del parágrafo primero del articulo 24 de la Resolución 1645 de 2016, la IPS reclamante tiene dispone el termino de 2 meses para presentar nueva documentación y así dar respuesta al resultado de auditoría, subsanando u objetando la glosa. Como en efecto ocurrió para el caso en concreto, si bien registran 150 reclamaciones actualmente en estado de auditoría médica, lo cierto es que la IPS ha hecho uso de los distintos de subsanación a la glosa con el fin de obtener el reconocimiento y pago de las reclamaciones, a continuación de manera resumida se ilustra un ejemplo de los ingresos que registra la reclamación:

Numero_Factura	Valor_Total	Valor_Total_Aprobado	SUM_FACTURADO	Descripcion_Aprob	FechaInicial	FechaFinal	Fecha_Devolucion
HUCSR1084776	$10.638.062,00	$ 4.285.204,00	$10.638.062,00	Aprobada Parcial	2016-03-07	2016-03-07	2016-06-21
HUCSR1084776	$4.301.647,00	$ 0,00	$4.301.647,00	No Aprobada	2020-12-24	2020-12-24	2021-01-27
HUCSR1084776	$4.301.647,00	$ 0,00	$ 4.301.647,00	No Aprobada	2022-08-12 17	2022-08-12	NULL

En virtud de lo expuesto, es factible concluir que, en primera medida, estas reclamaciones ya cuentan con un estado de auditoría que ha sido efectivamente comunicado, por lo tanto, en respuesta a las comunicaciones, la IPS convocante presentó respuesta a los resultados de auditoría con lo cual se efectúa nuevamente una auditoría integral complementando la realizada a la reclamación inicial y solo respecto a los nuevos documentos aportados.

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

7.4. De las glosas impuestas

? Habilitación:

Soporte de honorarios profesionales diferentes a médicos terapias ausente o incompleto. se descarta malla, el servicio se encuentra habilitado para fecha
Servicio de radiología no está habilitado para la fecha de prestación.
Servicio de urgencias no está habilitado para la fecha de prestación. servicio no se encuentra habilitado para la fecha de prestación de servicio
Servicio de (Diagnostico cardiovascular) no está habilitado para la fecha de prestación
Servicio de NEUROFISIOLOGIA no está habilitado para la fecha de prestación

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

este traía.”

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

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

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

? Soportes:

Existe ausencia total o parcial, inconsistencia, enmendaduras o ilegibilidad en la copia de la epicrisis para tos eventos que requieran servicios de urgencia con observación, hospitalización y para los servicios de salud de alto costo.
Existe ausencia total o parcial, enmendaduras o ilegibilidad en la hoja de administración de medicamentos o en el comprobante de recibido de medicamentos por parte de los usuarios.
Inconsistencias en formato furips en el campo (III)
La DIAN ha informado que, en materia Tributaria, las cuentas de cobro no se consideran factura ni documento equivalente y lo ha reiterado según Art 18 de la Ley 962/05"

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:

Los materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
En la factura se cobra un procedimiento o una actividad que hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.
Se factura por separado un procedimiento incluido en otro ya facturado.

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

? Facturación y tarifas:

FACTURACIÓN

El reconocimiento de esta reclamación no puede efectuarse por vía administrativa por vencimiento de términos (artículo 24 Resolución 1645 de 2016)
Los cargos por medicamentos que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes, presentan diferencias con las cantidades que fueron facturadas.
Se reconoce 800 SMDLV

TARIFAS

Los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servido.
El cargo por estancia, que viene relacionado y / o justificado en los soportes de la factura, presenta diferencia con los valores establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servicio
Los cargos por materiales que vienen relacionados y/o justificados en los soportes de la factura, presentan diferencias con los valores establecidos normativamente, vigentes al momento de la prestación del servido.

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

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

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

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

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

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

? Justificación:

El cargo por estancia, sea ésta en observación o, habitación, que viene relacionado en los soportes de la factura, no es pertinente o no tiene justificación médica para cobro.
Los materiales facturados no presentan soportes que justifiquen el cobro
Los cargos por procedimientos o actividades que vienen relacionados en los soportes de la factura no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

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

Como se puede observar, ante las inconsistencias anotadas en las glosas comunicadas dentro del trámite de auditoría vigente y al no existir relación entre la tecnología en salud prestada con el evento que originó la reclamación

(justificación), no es procedente el reconocimiento de este tipo de reclamaciones. Toda vez que hay un incumplimiento de los requisitos impuestos para tal fin.

? ECAT:

Existen inconsistencias entre el FURIPS y los soportes en cuanto a fechas de atención.
Existen inconsistencias entre el medio físico y el magnético.

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

La Resolución 1645 de 2016 en el artículo 10 establece:

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

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

7.5. 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 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 e

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 362 reclamaciones. Por cuanto 82 reclamaciones fueron aprobadas parcialmente, 130 reclamaciones obtuvieron resultado de no aprobadas y 150 reclamaciones se encuentran en estado de auditoría. Trámite que se realizó, acorde con lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016, la Resolución 1645 de 2016, la Resolución 1915 de 2008 y el Manual de Auditoría Integral vigente. Por lo tanto, se trata de resultados que están debidamente soportados y comunicados.

Además, frente a 150 reclamaciones se evidencia que acaeció el fenómeno jurídico de la caducidad teniendo en cuenta la fecha de comunicación de resultados se efectuó entre 18 de enero de 2017 al 28 de octubre de 2022 y la fecha de la solicitud de conciliación data del 13 de marzo de 2023.

Finalmente, se debe puntualizar que una petición en manera alguna reviviría la oportunidad procesal que dejó vencer la hoy convocante para obtener el pago de las facturas que aduce en la solicitud de conciliación, sin perjuicio de lo anterior, el derecho de petición elevado por la apoderada de la convocante con radicado 20221422802052de 23 de noviembre de 2022, se gestionó desde la Dirección de Otras Prestaciones a través de oficio 20231600207641 de 31 de marzo de 2023.