DOCTOR
ASDRÚBAL CORREDOR VILLATE
JUZGADO 38 ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ

ASUNTO : CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA
DEMANDANTE : HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL DE BOGOTÁ
DEMANDADO : ADRES
RADICADO : 11001333603820220020300

ANGIE KATERINE PINEDA RINCÓN, mayor de edad, domiciliada y residente en Bogotá D.C., identificada con la cédula de ciudadanía No. 1.020.766.170 de Bogotá, abogada en ejercicio y portadora de la Tarjeta Profesional No. 288.118 del Consejo Superior de la Judicatura, conforme al poder especial otorgado por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la **ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES,** mediante el presente escrito y encontrándome dentro del término del traslado presento escrito de **CONTESTACIÓN DE DEMANDA**, en los siguientes términos:

I. CONSIDERACIONES PREVIAS

DE LA ENTIDAD ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – ADRES

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2016 y atendiendo lo establecido en el artículo 21 del Decreto 1429 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 546 de 2017, me permito informarle que a partir del día 01 de agosto del 2017, entró en operación la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES como una entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, encargada de administrar los recursos que hacían parte del entonces Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud - FONSAET, los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo y los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).

En consecuencia, a partir de la entrada en operación de la ADRES y según lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, debe entenderse suprimido el Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA y con este, la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social -DAFPS del Ministerio de Salud y Protección Social tal como señala el artículo 5 del Decreto 1432 de 2016 modificado por el artículo 1 del Decreto 547 de 2017 y que cualquier referencia hecha a dicho Fondo, a las subcuentas que lo conforman o a la referida Dirección, se deben entender a nombre de la ADRES quien hará sus veces, tal como lo prevé el artículo 31 del Decreto 1429 de 2016.

Finalmente, es preciso indicar que la ADRES cuenta con la página web: http://www.adres.gov.co/, en la cual puede consultarse todo lo relacionado con su operación, su domicilio para todos los efectos legales es la Avenida Calle 26 Nº. 69-76 piso 17, Edificio Elemento en Bogotá D.C. y su correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co

II. FRENTE A LAS PRETENSIONES

Mi representada se opone a cada una de las pretensiones que se enuncian en el escrito de la demanda en contra de la ADRES, por cuanto carecen de fundamento constitucional, legal y jurisprudencial, de acuerdo con los elementos fácticos y jurídicos que discriminaré de la siguiente manera:

PRIMERO: MI REPRESENTADA SE OPONE pues su señoría se debe tener en cuenta que el ente auditor de la ADRES no glosa las reclamaciones objeto del proceso a forma de capricho, estas reclamaciones al momento que son radicadas, ingresan a una auditoría integral, la cual cumple criterios médicos, jurídicos y financieros, esto ya que la ADRES administra recursos públicos, valores que deben ser aprobados en el proceso de auditoría para que posteriormente sean pagados a las EPS o IPS.

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 el presente proceso, se logra evidenciar que existen reclamaciones NO APROBADAS, en este sentido no es procedente su pago.

SEGUNDO: MI REPRESENTADA SE OPONE ya que, como se explicó anteriormente 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.

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.

TERCERO: MI REPRESENTADA SE OPONE puesto que la solicitud de declaración de intereses moratorios, por los mismos argumentos planteados pretéritamente, su naturaleza misma no puede subsistir sin una obligación principal a la cual acceda, y teniéndose que, la mayoría del universo de reclamaciones objeto de litis; no cumplen con el lleno de requisitos establecidos en la normatividad sobre el tema para su reconocimiento y pago; de conformidad con la información suministrada en el Apoyo Técnico que se adjunta, , razón por la cual, al no existir obligación principal que según lo solicitado debe ceñirse a declarar que mi representada tiene la obligación legal de cancelar unas reclamaciones, al no existir obligación principal que se encuentre pendiente de pago, por sustracción de materia, no puede existir la obligación accesoria de pago de intereses, pérdida del valor del dinero o indexación de valores.

Señor Juez, tal como se puede evidenciar en el apoyo técnico que me permito aportar, se puede observar que la mayoría de las reclamaciones presentadas por la IPS se encuentran prescritas, por ende, no habría lugar a unos intereses moratorios, ya que no hay lugar al pago por parte de mi representada.

CUARTO: MI REPRESENTADA SE OPONE ya que bajo los parámetros de la pretensión anterior existe un marco de legalidad que soporta el procedimiento administrativo de reintegro, es importante señalar que el mismo se desarrolló bajo los parámetros legales establecidos para garantizar el debido proceso, en los casos en los cuales se hallen registros que indiquen apropiación de recursos sin justa causa, tal como lo podrá observar el despacho en el concepto técnico allegado con el presente escrito, por tanto, no tendría sustento una condena en costas a esta Administradora.

III. FRENTE A LOS HECHOS

PRIMERO: ES CIERTO.

SEGUNDO: ES PARCIALMENTE CIERTO, ES CIERTO que la parte demandante dentro de sus competencias se encuentra la de prestar servicios de salud a víctimas de los accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas (ECAT).

NO ES CIERTO que la ADRES deba asumir todos los gastos ocasionados de los servicios de salud, pues se debe tener en cuenta que las solicitudes deben ser radicadas ante el ende auditor, para que se realice la auditoría integral, y se verifique si cumple a cabalidad con los requisitos exigidos por la normatividad vigente para la fecha de prestación del servicio. En este entendido no se debe interpretar que la ADRES asume el gasto automáticamente, pues como se explicó, se debe pasar por un proceso administrativo y cumplir con todos los requisitos exigidos, para lograr el respectivo reconocimiento y pago.

TERCERO: ES CIERTO

CUARTO: NO ES CIERTO que la parte demandante cubriera efectivamente el suministro de todos los servicios de salud. Pues se evidencian las siguientes glosas, por parte del ente auditor:

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."*

QUINTO: NO ES CIERTO que la parte demandante presentara a la ADRES las reclamaciones junto con todos los soportes exigidos, pues veamos a continuación las glosas que son presentadas por el ente auditor:

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.*

SEXTO: ES CIERTO.

SÉPTIMO: NO ES CIERTO pues estas reclamaciones ya cuentan con un estado de auditoría que ha sido efectivamente comunicado, por lo tanto, en respuesta a las comunicaciones, la IPS 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.

OCTAVO: NO ES CIERTO su señoría se debe tener en cuenta que la parte demandante cuenta con un procedimiento administrativo especial para lograr reconocimiento y pago, el cual fue NO APROBADO, ya que las reclamaciones no contaban con el lleno de los requisitos conforme se establece en la normatividad.

NOVENO: NO ME CONSTA es un hecho que solo pues comprobar la parte demandante de acuerdo a todos los procedimientos que ha desplegado.

DÉCIMO: NO ES CIERTO pues estas reclamaciones ya cuentan con un estado de auditoría que ha sido efectivamente comunicado, por lo tanto, en respuesta a las comunicaciones, la IPS 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.

DÉCIMO PRIMERO: ES CIERTO.

IV. RAZONES DE LA DEFENSA

PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Con el fin de amparar el acceso, la cobertura y la prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional y teniendo en consideración que los recursos que financian al sistema de seguridad social en salud son limitados, la Ley 100 de 1993 estableció los principios que rigen al ordenamiento en salud, a saber: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, de los cuales, la universalidad, solidaridad y eficiencia, que se desarrollan a continuación, se encuentran incluso elevados a rango constitucional:

Principio de Universalidad: Es la garantía de protección que tiene toda la población colombiana, sin discriminación, en todas las etapas de la vida al derecho irrenunciable a la seguridad social en salud, como servicio público, este principio está ratificado en los convenios y tratados internacionales ratificados por el Estado colombiano1 y apunta a la cobertura universal a través de la afiliación de los habitantes a los regímenes contributivo y subsidiado de manera progresiva.

Principio de Solidaridad: Se refiere a la práctica de la mutua ayuda de las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades hacía los sectores más débiles, materializándose en la implementación de mecanismos que permitan el sostenimiento del sistema de salud, como lo son, los aportes solidarios del sector salud y de pensiones, el fondo de solidaridad y garantías, las operaciones de recaudo de diversas fuentes y las estrategias presupuestales que se implementen.

Principio de Eficiencia: Está definido como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente, de manera que debe existir un control sobre la utilización y destinación especifica de estos recursos con el fin de que contribuir con una prestación eficaz de los servicios de salud a la población asegurada.

DEL PROCEDIMIENTO PARA RECLAMAR POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD A VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS Y TERRORISTAS

En el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud se ha previsto la cobertura para la atención de víctimas de accidentes de tránsito, de riesgos catastróficos de origen natural y eventos terroristas según lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.

Ahora bien, el procedimiento para realizar las reclamaciones de indemnización ante ECAT del FOSYGA se encuentra señalado en el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 3990 de 2007 y las Resoluciones 1915 de 2008 y 1136 de 2012, Decreto 056 de 2015 y la Resolución 1645 de 2015 principalmente. En dichas disposiciones se encuentran previstos los términos dentro de los cuales es oportuno realizar la reclamación por vía administrativa, los requisitos que deben cumplir los reclamantes para elevar la solicitud y los términos con los que cuenta para resolver la solicitud de reclamación y realizar el pago.

En este orden de ideas, para que se pueda realizar el pago correspondiente dentro de los términos establecidos en el artículo 6 del Decreto 3990 de 2007, es necesario que el derecho al mismo se encuentre acreditado, es decir, que no haya lugar a dudas sobre la obligación de desembolsar el valor de la indemnización, para lo cual todos los presupuestos de hecho que le dan lugar deben encontrarse acreditados y que la reclamación se haya presentado dentro del término de ley, esto es dentro de los seis meses siguientes a la ocurrencia del evento, término que a partir del 10 de enero de 2012 es de un año[1].

Así, con el propósito de establecer si se encuentra o no acreditado el derecho al pago, una vez radicada la solicitud de reclamación con todos los soportes, el ente auditor realiza una auditoría integral médica, jurídica y financiera.

Como resultado de dicha auditoría, es posible obtener la aprobación total o parcial del pago o la negación de este, en este último caso, por no encontrarse acreditado el derecho y/o por no haberse presentado dentro de los términos normativos, en consonancia con el principio de eficiencia que debe regir el Sistema General de Seguridad Social Integral, consagrado en el artículo 2 de la Ley 100 de 1993.

---

[1] Artículo 111 del Decreto 19 de 2012 "*Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública*".

En consecuencia, si las reclamaciones no cumplen con los requisitos legales establecidos para su presentación y radicación, se imposibilita su aprobación en el proceso de auditoría integral.

Cabe resaltar, que la sola radicación de la solicitud no da derecho al pago, toda vez que la firma auditora debe verificar la procedencia del reconocimiento, para que no se origine un pago indebido o incorrecto, situación que llevaría a una mala utilización de los recursos del sistema general en seguridad social en salud.

DEL ESTADO DE LAS RECLAMACIONES

De acuerdo con el apoyo Técnico emitido por la Dirección de Gestión de Tecnologías de la Información y la Comunicación de la ADRES respecto a las reclamaciones que son objeto de demanda se encuentra que el universo de reclamaciones relacionando las causales de rechazo, devolución, inconsistencias de solicitudes en las cuales se encuentra afectado por las causales de glosa, entre otras:

- **Coberturas,** Se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de seguro obligatorio de accidentes de tránsito. 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. Los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.

- **Devoluciones,** la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago.

- **Ecat,** En la factura se relaciona pagos por servidos prestados por la misma IPS reclamante y no habilitados. Existen inconsistencias entre el medio físico y el magnético.

- **Facturación**, el reconocimiento de esta reclamación no puede efectuarse por vía administrativa por vencimiento de términos (artículo 6 resolución 1915 de 2008). Se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura. Inconsistencias en la sumatoria de los ítems con relación al valor total de la factura

- **Glosas del sistema,** el reconocimiento de esta reclamación no puede efectuarse por vía administrativa por vencimiento de términos (artículo 6 resolución 1915 de 2008). El reconocimiento del amparo gastos médico-quirúrgicos de esta reclamación no puede efectuarse por vía administrativa por vencimiento de términos (artículo 13 decreto 1281 de 2002).

- **Pertinencia,** los servicios facturados no tienen relación directa con el evento. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

- **Respuestas a glosas o devoluciones,** reclamación presenta inconsistencia entre FURIPS y medio magnético y/o soportes anexos. Existen diferencias en cantidades facturadas.

- **Soportes,** El formato furips no trae el campo obligatorio (VII) diligenciado completo. Existe ausencia total o parcial, Inconsistencia, cargos de Seguro obligatorio enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas de accidentes de tránsito enviadas a la compañía de seguros SOAT, con sus SOAT respectivos detalles, cumpliendo los topes.

- **Tarifas,** los cargos por ayudas diagnósticas 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.

Ahora bien, respecto al término de que disponen las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud para adelantar el trámite de reclamaciones, el Decreto 1281 de 2002[2] en el artículo 13, estableció que:

> *"**Artículo 13. Términos para cobros o reclamaciones con cargo a recursos del Fosyga.** Sin perjuicio de los términos establecidos para el proceso de compensación en el régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud, con el fin de organizar y controlar el flujo de recursos del Fosyga, cualquier tipo de cobro o reclamación que deba atenderse con recursos de las diferentes subcuentas del Fosyga deberá tramitarse en debida forma ante su administrador fiduciario dentro de los seis meses siguientes a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda. En consecuencia, no podrá efectuarse por vía administrativa su reconocimiento con posterioridad al término establecido".* De igual forma estableció que: "*La reclamación o trámite de cobro de las obligaciones generadas con cargo a los recursos del Fosyga, antes de la entrada en vigencia del presente decreto, deberán presentarse dentro de los seis meses siguientes a la entrada en vigencia de este decreto*".

Igualmente, el artículo 6º de la Resolución 1915 de 2008 indica que:

> "***ARTÍCULO 6o. TÉRMINO PARA RADICAR LAS SOLICITUDES DE RECLAMACIÓN.** A partir del 1 de septiembre de 2008, los prestadores de servicios de salud deberán presentar las reclamaciones dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.*
> *En los casos en que una reclamación presente devolución por glosa o pago parcial, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y demás entidades, tendrán un término de 1 mes para la presentación ante el FOSYGA, de la aclaración de la glosa de la reclamación presentada inicialmente."*

Posteriormente, el Decreto 056 de 2015 dispuso sobre el particular:

> ***"Artículo 38. Término para resolver y pagar las reclamaciones.** Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente decreto, se auditarán integralmente dentro de los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación, los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.*
>
> *Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.*
>
> *El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.*
> *Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad."*

Lo anterior constituye el procedimiento especial administrativo para las reclamaciones presentadas, ya que dicha normativa contempla garantías que tienen por fin sujetar la actuación de la administración a reglas específicas de orden sustantivo y procedimental, con el fin de proteger los derechos e intereses de las personas en ellas involucrados.

[2]Modificado por el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012.

En este orden de ideas, las reclamaciones que las IPS presentan ante la firma auditora encargada, de acuerdo a la fecha de radicación, deben contener una serie de documentos que prueben no solo la atención médica, hospitalaria o quirúrgica, sino además el evento propio, razón por la que **la simple factura no es suficiente para acreditar el derecho al pago, ni mucho menos comprende una obligación clara, expresa y exigible en cabeza de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**

En cuanto al proceso operativo de las reclamaciones, en términos generales se tiene que cuando se radica una reclamación para surtir el trámite de auditoría médica, jurídica y financiera, el encargado le impone a la reclamación un *sticker* con UN NÚMERO ÚNICO DE RADICACIÓN, que permite identificarla en la base de datos del ente auditor; esto obedece a que todas las EPS o IPS a nivel nacional presentan solicitudes de recobro o reclamación, lo que impide una identificación inequívoca por números de factura, ya que éstas pueden coincidir en su numeración, valor, prestador, entre otros.

Radicada la reclamación, el administrador fiduciario o el ente auditor, de acuerdo a la fecha de presentación de la reclamación, realiza una auditoría integral de conformidad con la normatividad vigente al momento de la presentación dela reclamación, quien realiza una evaluación selectiva por muestreo de cada paquete y las reclamaciones aprobadas se envían a la ADRES para la correspondiente ordenación del gasto y autorización de giro, pero aquellas que no resulten aprobadas son devueltas a la entidad reclamante, con indicación de las causales de glosa, es decir, describiendo el motivo que impide su aprobación.

AUSENCIA DE REQUISITOS EN LA PRESENTACIÓN DE LAS RECLAMACIONES

Al respecto, es importante precisar que el pago de las reclamaciones se encuentra sujeto al cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley, los cuales garantizan el flujo adecuado de los recursos del sistema de salud, evitando fraudes y pagos indebidos; además la radicación de una reclamación ante el ente auditor de manera alguna implica aceptación, ya que la imposición de un *sticker* o sello de radicación, es tan solo la fase inicial de un procedimiento administrativo reglado, para que se surta el trámite de auditoría integral, a través de la cual se verifica el cumplimiento de las condiciones fijadas por la Ley.

Ahora bien, la responsabilidad de presentar las reclamaciones en debida forma está en cabeza de cada entidad, ya que el sistema otorgó los mecanismos necesarios para lograr el pago de los servicios o indemnizaciones, regulando el trámite y procedimiento con el cual no solo se garantiza el debido proceso de las entidades, sino además la incolumidad de los recursos púbicos de la salud. El hecho de que exista un procedimiento especial para el trámite de las reclamaciones y el deber de acreditar en debida forma el derecho al pago por las IPS implica que la simple radicación de la solicitud no es generadora de derechos, ni implica su aceptación.

Además de lo establecido en los decretos y resoluciones que regulan esta materia, se tienen como requisitos para la presentación de reclamaciones, en el marco de lo dispuesto en el Decreto 3990 de 2007, la Resolución 1915 de 2008 y Resolución 1136 de 2012, principalmente, los siguientes:

> ***"REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES CON CARGO A LA SUBCUENTA ECAT***
>
> ***SERVICIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS***
> *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 o 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.*

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE

COBERTURA

600 Salarios mínimos legales diarios vigentes, aplicables al momento del accidente o evento.

FORMULARIO

Formulario Único de reclamación de indemnizaciones por parte de las Personas Naturales Victimas de Accidente de Tránsito y Eventos Terroristas o Catastróficos o sus Beneficiarios para la Reclamación de
Indemnizaciones por Gastos Funerarios o muerte de la Víctima – FURPEN. Resolución 1915 de 2008.

¿QUIÉN PUEDE RECLAMAR?

Las personas señaladas en el artículo 1142 del Código de Comercio. A falta de cónyuge, en los casos que corresponda a este la indemnización, se tendrá como tal el compañero o compañera permanente que acredite dicha calidad. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, la totalidad de la indemnización se distribuirá entre los herederos.

REQUISITOS

- *Formulario FURPEN*
- *Anexo Técnico estructura Circular Externa 179761 de 2008. (OPCIONAL)*
- *En caso de la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, certificado de la atención médica y epicrisis.*
- *Acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente.*
- ***Accidente de Tránsito:** Certificación médica que las lesiones presentadas son secundarias a accidente de tránsito.*
- *Declaración juramentada de condición de aseguramiento del vehículo.*
- ***Evento Terrorista:** Certificación expedida por una de las siguientes autoridades: el Alcalde del respectivo municipio o distrito, la Personería Municipal o Distrital o 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.*

- ***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.*
- *Fotocopia nítida y ampliada del documento de identidad del beneficiario, más la firma e impresión dactilar en original.*
- *Declaración de no afiliación al SGSSS.*
- *Copia autentica del registro civil de defunción.*
- *Acreditación de condición de beneficiario.*

INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS

COBERTURA

Indemnización máxima de 150 Salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o evento.

FORMULARIO

Formulario Único de reclamación de indemnizaciones por parte de las Personas Naturales Victimas de Accidente de Tránsito y Eventos Terroristas o Catastróficos o sus Beneficiarios para la Reclamación de Indemnizaciones por Gastos Funerarios o muerte de la Víctima – FURPEN. Resolución 1915 de 2008.

¿QUIÉN PUEDE RECLAMAR

La persona natural que demuestre haber realizado la erogación pertinente para cubrir estos gastos con cargo a su patrimonio, hasta por el monto que acredite haber sufragado con cargo a su propio patrimonio o al de un tercero y en el valor que no le haya sido reconocido por otro mecanismo.

En caso de que el reclamante no sea beneficiario de la víctima, debe aportar autorización del beneficiario familiar de la víctima para prestar los servicios funerarios y que el pago se realice a su favor en original y con reconocimiento ante notario público y/o autoridad competente.

REQUISITOS

- *Formulario FURPEN*
- *Anexo Técnico estructura Circular Externa 179761 de 2008. (OPCIONAL)*
- *En caso de la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso, certificado de la atención médica y epicrisis*
- *Acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente.*
- *Declaración juramentada de condición de aseguramiento del vehículo.*
- *Evento Terrorista: Certificación expedida por una de las siguientes autoridades: el Alcalde del respectivo municipio o distrito, la Personería Municipal o Distrital o 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.*
- *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.*
- *Fotocopia nítida y ampliada del documento de identidad del beneficiario, más la firma e impresión dactilar en original.*
- *Declaración de no afiliación al SGSSS.*
- *Copia autentica del registro civil de defunción.*

- *Factura con los requisitos de Art 617 del Estatuto Tributario.*

INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE

COBERTURA

Indemnización máxima de ciento ochenta (180) salarios mínimos legales diarios vigentes a la fecha del evento, de acuerdo con la tabla de equivalencias para las indemnizaciones por pérdida de la capacidad laboral y el Manual Único de Calificación de la Invalidez.

FORMULARIO

Formulario Único de reclamación de indemnizaciones por parte de las Personas Naturales Victimas de Accidente de Tránsito y Eventos Terroristas o Catastróficos o sus Beneficiarios para la Reclamación de Indemnizaciones por Gastos Funerarios o muerte de la Víctima – FURPEN. Resolución 1915 de 2008.

¿QUIÉN PUEDE RECLAMAR?

La víctima, que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente, calificada como tal de conformidad con las normas vigentes sobre la materia.

REQUISITOS

- *Formulario FURPEN*
- *Anexo Técnico estructura Circular Externa 179761 de 2008. (OPCIONAL)*
- *Original o Fotocopia del certificado de atención médica.*
- *Certificado de Incapacidad permanente expedida por la Junta de Calificación de Invalidez.*
- *Accidente de Tránsito: Certificación médica que las lesiones presentadas son secundarias a accidente de tránsito.*
- *Declaración juramentada de condición de aseguramiento del vehículo.*
- *Evento Terrorista: Certificación expedida por una de las siguientes autoridades: el Alcalde del respectivo municipio o distrito, la Personería Municipal o Distrital o 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.*
- *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. Fotocopia nítida y ampliada del documento de identidad del beneficiario, más la firma e impresión dactilar en original.*
- *Declaración de no afiliación al SGSSS.*

En consecuencia, cumpliendo las Instituciones Prestadoras de Salud con el lleno de los requisitos anteriormente relacionados, el administrador fiduciario o la entidad contratada para realizar el proceso de auditoría integral médica, jurídica y financiera a cada una de las reclamaciones validando los soportes que la acompañan, lo cual permite verificar la viabilidad o no de la reclamación, y cuyos resultados determinan la aprobación total o parcial de las reclamaciones, o la negación por no reunir los requisitos exigidos.

En el mismo sentido, en desarrollo del literal "c" de la Ley 1753 de 2015, la Resolución 4244 de 2015[3] en el artículo 10° consagró los requisitos esenciales para este mecanismo excepcional. De acuerdo con el Apoyo Técnico registra que la IPS demandante no presentó las reclamaciones conforme a este mecanismo.

Finalmente, la Resolución 1645 de 2016[4], estableció el procedimiento, requisitos, criterios y condiciones para el trámite de las reclamaciones por concepto de servicios de salud y prestaciones económicas de las que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 a la subcuenta ECAT del entonces Fosyga, así mismo, en el artículo 17 establece los requisitos mínimos de verificación para procedencia de la reclamación.

De acuerdo con el Manual de Auditoría Integral de las Reclamaciones, el cual se adjunta, se evidencia las CAUSALES DE GLOSA POR INCUMPLIMIENTO A REQUISITOS NORMATIVOS, en la presentación, en el sub examine, la mayoría de las reclamaciones adolece de glosas relacionadas con los soportes, en el cual se establece:

> **RELACIONADOS CON LOS SOPORTES**
>
> Que el reclamante presenta dentro de los términos definidos por la legislación vigente los formularios exigidos en cada caso, de forma completa, legible y según los parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces.
>
> ***a. En relación al formulario establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social o quien haga sus veces***
>
> ***b.*** El formulario que se encuentra vigente es el "Formulario Único de Reclamaciones de Instituciones Prestadoras de Salud" (FURIPS), adoptado por la Nota Externa 201733200110423 de mayo de 2017 debidamente diligenciado, en original, con letra clara y legible firmado por el Gerente o Representante Legal de la persona jurídica que prestó los servicios reclamados; se debe presentar tanto en físico como en magnético, un FURIPS por cada reclamación.
>
> ***c.*** El FURIPS debe contener la fecha de radicación, el número de radicado (si se trata de una respuesta a resultado de auditoría, el número de radicado asignado inicialmente), número de factura y diligenciar cada uno de los datos contenidos en el formato.
>
> El no diligenciamiento de todos los campos según corresponda o la inconsistencia en los mismos respecto al medio magnético y soportes anexos, será objeto de glosa.

Ahora bien, de acuerdo con las causales de glosa impuestas en el presente asunto, se deriva el incumplimiento de requisitos:

> **Tarifas:** Se consideran glosas por tarifas, todas aquellas que se generan por existir diferencias al comparar los valores facturados con los estipulados en el manual tarifario vigente.
>
> **Soportes:** Se consideran glosas por soportes, todas aquellas que se generan por ausencia, enmendaduras o soportes incompletos o ilegibles.
>
> **Coberturas:** Se consideran glosas por cobertura, todas aquellas que se generan por cobro de servicios que hacen parte integral de un servicio y se cobran de manera adicional o deben estar a cargo de otra entidad por no haber agotado o superado los topes.
>
> **Pertinencia:** Se consideran glosas por pertinencia todas aquellas que: a) por no existir coherencia entre la epicrisis y los soportes de atención, anexos en cuanto a las ayudas diagnósticas

[3] *"por la cual se establecen los términos, formatos y requisitos para el reconocimiento y pago de los recobros y las reclamaciones en virtud de lo dispuesto en el literal c) del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015."*
[4] *"Por la cual se establece el procedimiento para el trámite de las reclamaciones, con cargo a la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), o quien haga sus veces, y se dictan otras disposiciones."*

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.

En cuanto a las glosas impuestas por facturas, *existen diferencias al comparar los valores facturados con los estipulados en el manual tarifario vigente,* en el caso de accidentes de tránsito la compañía de seguros, en los casos de vehículos no asegurados o no identificados (en vigencia del Decreto 3990 de 2007) hasta el 10 de julio de 2012, si el vehículo tenía póliza SOAT, la aseguradora reconocía 500 salarios mínimos y en ese momento era Fosyga quien reconocía los 300 salarios mínimos restantes.

Para que la IPS reclamante presentara su reclamación al Fosyga debía PREVIAMENTE AGOTAR LOS 500 que le competía a la aseguradora, presentando una carta de agotamiento, si no anexaba la certificación, no estaba evidenciado el agotamiento, era causal de glosa como en el presente caso, incumpliendo lo previsto en el numeral 1 artículo 2 del Decreto 3990 de 2007 en el cual establece:

"Artículo 2°. Beneficios.

Servicios médico-quirúrgicos**. En el caso de accidentes de tránsito la compañía de seguros y la subcuenta ECAT de Fosyga, en los casos de vehículos no asegurados o no identificados**, reconocerán una indemnización máxima de quinientos (500) salarios mínimos legales diarios vigentes en el momento de la ocurrencia del accidente. En caso de víctimas politraumatizadas o que requieran servicios de rehabilitación, una vez agotado el límite de cobertura anterior, la subcuenta ECAT del Fosyga asumirá, por una sola vez, una reclamación adicional, previa acreditación del agotamiento de la cobertura inicial, por los excedentes de los gastos anotados, hasta por un valor máximo equivalente a trescientos (300) salarios mínimos diarios legales vigentes en el momento del accidente, previa presentación de la correspondiente reclamación"

En continuidad hospitalaria dando cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto 1281 de 2002 se debe validar que se cobró a la aseguradora (Soat). A partir del 2012 con el Decreto 967 de 2012 quien debe cubrir los 800 los cubre en su totalidad la aseguradora, por lo tanto, ningún vehículo asegurado que tenga un accidente de tránsito se debe reclamar al Fosyga hoy ADRES.

Es importante precisar al despacho que la fecha de las reclamaciones data del 2009 al 2011, por lo tanto, la IPS DEBÍA AGOTAR dicho trámite, pues la normatividad aplicable es el Decreto 3990 de 2007; lo que pretende la IPS es desconocer el trámite previo que debe agotar ante la aseguradora y, obtener una doble erogación en detrimento de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Seguidamente, el Decreto 056 de 2015 determinó frente al momento oportuno de presentar las reclamaciones en el artículo 38, disponiendo sobre el particular:

*"**Artículo 38. Término para resolver y pagar las reclamaciones.** Las reclamaciones presentadas con cargo a la Subcuenta ECAT del Fosyga a que refiere el presente decreto, se auditarán integralmente dentro de **los dos (2) meses siguientes al cierre de cada periodo de radicación,** los cuales serán establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.*

*Si hubo lugar a la imposición de glosas como consecuencia de la auditoría integral a la reclamación, el Ministerio de Salud y Protección Social comunicará la totalidad de ellas al reclamante, quien deberá subsanarlas u objetarlas, dentro de los dos (2) meses siguientes a la comunicación de su imposición. **Si transcurrido dicho término no se recibe información por parte del reclamante, se entenderá que aceptó la glosa impuesta.***

El Ministerio de Salud y Protección Social o quien este designe, pagará las reclamaciones que no hubiesen sido glosadas, dentro del mes siguiente a la fecha del cierre efectivo y certificación del proceso

de auditoría integral, so pena del pago de intereses moratoria en los términos del artículo 1080 del Código de Comercio.

Las reclamaciones presentadas ante las entidades aseguradoras autorizadas para operar el SOAT se pagarán dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aun extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077 del Código de Comercio. Vencido este plazo, el asegurador reconocerá y pagará al reclamante, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad." (Resaltado ajeno al texto)

Finalmente, el artículo séptimo de la Resolución 1645 de 2016 determinó el termino para radicar las reclamaciones y su oportunidad de la siguiente manera:

*"**ARTÍCULO 7o. TÉRMINO PARA RADICAR RECLAMACIONES.** El término para radicación de reclamaciones ante la Subcuenta ECAT del Fosyga, o quien haga sus veces, superado el cual, no procederá la reclamación por vía administrativa (…)*

Al respecto, vale advertir que en el trámite de auditoría integral las glosas fueron comunicadas a la IPS demandante para que objetara y/o subsanara el incumplimiento de requisitos, no obstante, NO SUBSANÓ la totalidad de falencias que adolecen las reclamaciones, por lo tanto, es la causa que **dicha omisión en la debida presentación de la reclamación** es la causa para que el auditor impruebe las solicitudes, de lo cual se colige que, es el propio incumplimiento de la entidad demandante a los requisitos legales establecidos para la presentación de las reclamaciones, lo que impide su reconocimiento y pago con cargo a los recursos del fondo en mención.

En consecuencia, la actuación del auditor y de la ADRES se desarrolla conforme a la ley y a las disposiciones que rigen la materia, buscando la protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La Resolución 4244 de 2015 en el artículo tercero, dispuso frente a la presentación de las reclamaciones a través de este mecanismo, lo siguiente:

*"**ARTÍCULO 3o. PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD.** Dentro de los períodos de radicación establecidos para el efecto por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o la entidad que haga sus veces, las entidades recobrantes y reclamantes o las personas naturales, presentarán una nueva solicitud de auditoría integral en los formatos y anexos técnicos MYT y MYT-R de que trata el artículo 52 de la Resolución 5395 de 2013, para el caso de recobros; y en los formatos y anexos técnicos previstos en la Resolución 1915 de 2008 o la norma que la modifique o sustituya, para el caso de las reclamaciones. Los formatos y anexos técnicos se deberán **acompañar de los soportes documentales que permitan acreditar los elementos esenciales de la obligación para el reconocimiento y pago de los recobros y reclamaciones radicados.***

(…)" (Resaltado ajeno al texto)

En este sentido, el artículo décimo de la Ley 1753 de 2015 establece los elementos esenciales para verificación en el nuevo proceso de auditoría integral a las reclamaciones. Finalmente, es de anotar que en su momento el ente auditor con el fin de nominar la glosa interpuesta en este mecanismo, la nombró glosa transversal, razón por la cual, las razones que conllevaron al rechazo, no aprobación o aprobación parcial, se encuentran descritas como observaciones, atendiendo a los mecanismos habilitados por la ley para esta clase de decisiones.

En consecuencia, la actuación del auditor y de la ADRES se desarrolla conforme a la ley y a las disposiciones que rigen la materia, buscando la protección de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

V. EXCEPCIONES

1. INDEBIDA ESCOGENCIA DE LA ACCIÓN

Su señoría es necesario tener en cuenta que la parte demandante pretende que el presente proceso se realice

bajo el medio de control de RREPARACIÓN DIRECTA sin embargo, el medio de control correcto es la ACCIÓN DE NULIDAD Y RESTABLECIMIENTO DEL DERECHO veamos:

A través del Auto 861 del veintisiete (27) de octubre de dos mil veintiuno (2021) en el Expediente CJU-392, la Sala Plena de la Corte Constitucional en cumplimiento del numeral 11 del artículo 241 de la Constitución Política resolvió un conflicto de competencia suscitado entre el Juzgado Décimo Laboral del Circuito de Medellín y el Juzgado Veinticuatro Administrativo Oral de Medellín, mediante el cual evoca una Regla de decisión tomada en el Auto 389 de 2021, en los siguientes términos:

"Regla de decisión

El conocimiento de los asuntos relacionados con los recobros de servicios y tecnologías en salud no incluidos en el POS, hoy PBS, corresponde a los jueces contencioso administrativos, en virtud de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 104 de la Ley 1437 de 2011, por cuanto a través de estos se cuestiona por parte de una EPS un acto administrativo proferido por la ADRES. Negrilla fuera de texto.

Este tipo de controversias no corresponde a las previstas en el numeral 4º del artículo 2 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social, en la medida en que no se relacionan, en estricto sentido, con la prestación de los servicios de la seguridad social. En cambio, se trata de litigios presentados exclusivamente entre entidades administradoras y relativos a la financiación de servicios ya prestados, que no implican a afiliados, beneficiarios o usuarios ni a empleadores.

(…) RESUELVE

PRIMERO. DIRIMIR el conflicto de jurisdicciones entre el Juzgado 6º Laboral del Circuito de Bogotá y el Juzgado 61 Administrativo del Circuito de Bogotá, en el sentido de DECLARAR que corresponde al Juzgado 61 Administrativo del Circuito de Bogotá, conocer del proceso de la referencia adelantado por Sanitas S.A. en contra de la ADRES, de acuerdo con las consideraciones de este auto.

SEGUNDO. REMITIR el expediente CJU-072 al Juzgado 61 Administrativo del Circuito de Bogotá, para lo de su competencia y para que comunique la presente decisión al Juzgado 6º Laboral del Circuito de Bogotá y a los sujetos procesales dentro del proceso ordinario laboral correspondiente. (…)"

Y crea una Subregla de decisión:

"La competencia judicial para conocer asuntos relacionados con el pago de reclamaciones judiciales al Estado por servicios prestados a pacientes que entran en la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito -ECAT- recae en los jueces contencioso-administrativos, en virtud de lo dispuesto en el inciso primero del artículo 104 de la Ley 1437 de 2011, por cuanto a través de estos se cuestiona por parte de una entidad del SGSSS un acto administrativo proferido por la ADRES.

Este tipo de controversias no corresponden a las previstas en el numeral 4º del artículo 2 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social[24], en la medida en que no se relacionan, en estricto sentido, con la prestación de los servicios de la seguridad social. En cambio, se trata de litigios relativos a la financiación de servicios ya prestados, que no implican a afiliados, beneficiarios o usuarios ni a empleadores."

Para establecer esta regla y subregla, la H. Corte Constitucional, en primer lugar, indicó "(…) que el proceso judicial de recobro no corresponde, en estricto sentido, a una controversia relativa a la prestación de servicios de la seguridad social. Dicho procedimiento se adelanta cuando ya la entidad prestó el servicio (…)." En adición, continua: "(…) No se debe olvidar que los recobros tienen la virtualidad de permitir que los recursos del sistema fluyan adecuadamente y que, de esta forma, tienen repercusiones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Sin embargo, esta relación es meramente indirecta y condicional, pues materialmente el procedimiento de recobro constituye una controversia económica, no de salud en estricto sentido. (…)"

En segundo lugar, la Corte confirma y entiende frente al procedimiento de radicación que:

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

La determinación adoptada en virtud del trámite se recogerá en una comunicación que contiene, entre otros datos: a) la fecha de expedición, b) el resumen de la información de cantidad y valor de recobros, c) las causales de glosa (si hubo lugar a ello), d) el resultado de la auditoría integral, e) la relación de los ítems aprobados parcialmente y e) las causales de no aprobación, cuando fuere el caso (art. 55, Resolución 1885 de 2018).

Contra la decisión de la entidad es posible presentar una objeción dentro de los dos meses siguientes al recibo de la comunicación, precisando las razones de la inconformidad por cada uno de los ítems del recobro (art. 56, Resolución 1885 de 2018). En el término indicado, igualmente se podrán enmendar las glosas aplicadas. (…)"

Y concluye que "(…) el recobro no es una simple presentación de facturas, sino que constituye un verdadero trámite administrativo que busca garantizar el propósito de la ADRES consistente en administrar las fuentes y el uso de los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud, bajo los principios de eficiencia, transparencia y calidad. (…)"

Por último, cabe poner de manifiesto lo expresado por la Corte Constitucional en lo siguiente:

"(…) Todo lo anterior demuestra que la ADRES no solamente se rige por normas de derecho público, sino que la decisión de reconocer o no el pago de obligaciones por concepto de prestación de servicios y tecnologías en salud subyace a un conjunto de actuaciones administrativas regladas. Esto último no es gratuito. La creación de la Administradora de los Recursos del SGSSS, como se expuso en líneas anteriores (supra 27), tuvo como orientación primordial que el Estado jugara un papel más protagónico en la gestión y veeduría de los recursos, de suerte que se pudiera lograr el saneamiento definitivo de los recobros por concepto de servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC.

(…) Así las cosas, comoquiera que los procedimientos de recobro son la expresión de actuaciones administrativas regladas en cabeza de una entidad pública, es razonable que su control deba estar a cargo de la jurisdicción contencioso administrativa, especialmente si se tiene en cuenta que el artículo 104 de la Ley 1437 de 2011 dispone expresamente que dicha jurisdicción "está instituida para conocer […] de las controversias y litigios originados en actos, contratos, hechos, omisiones y operaciones, sujetos al derecho administrativo, en los que estén involucradas las entidades públicas" (…)"

De lo anterior se denota que, la Corte Constitucional establece una regla de decisión, en el sentido de que si bien, la controversia jurídica alegada por los reclamantes se deriva de la negativa frente al reconocimiento de unas reclamaciones (accidentes de tránsito, evento catastrófico, minas antipersonas, terrorismo); no obstante, esta manifestación de la Administración nace como resultado de un procedimiento administrativo denominado reclamación, el cual se fundamenta en el resultado del trámite de auditoría integral frente al incumplimiento de requisitos establecidos en la normativa especial de reclamaciones por parte de los reclamantes. Así las cosas, se estaría frente a un acto administrativo que resuelve de fondo la solicitud de reconocimiento por parte de la entidad recobrante y que depende única y exclusivamente del cumplimiento de requisitos fijados en la normativa los cuales acreditan o no su reconocimiento.

De tal modo, el medio de control correcto a escoger es el medio de control de nulidad y restablecimiento de derecho, mas no el medio de control de reparación directa, dado que independientemente del objeto de la reclamación, lo cierto es que el procedimiento es el mismo, es decir, un trámite administrativo que se agota con la expedición de un acto administrativo.

2. CULPA EXCLUSIVA DE LA ENTIDAD RECLAMANTE

En el presente asunto, la IPS pretende que se declare una obligación a cargo del Estado, para lo cual alega haber sufrido un perjuicio económico que se configura en el hecho del no pago de las sumas de dinero recobradas, es decir que el objeto de esta demanda es el pago de recobros que no cumplieron con los requisitos señalados en la norma aplicable para la época en que fue realizada su auditoría, o de recobros tratan de prestaciones que no cumplen la totalidad de requisitos, o en reclamaciones presentadas extemporáneamente para trámite; luego se infiere que **la conducta de la actora, es el hecho determinante que originó la imposición de las glosas descritas a lo largo de este escrito, por lo cual no se puede atribuir responsabilidad alguna al Estado.**

Aunado lo anterior se concluye que los perjuicios alegados por la actora proviene exclusivamente de su actuación, ya que de conformidad a lo indicado, los servicios, insumos, procedimientos y/o medicamentos de los cuales se pretende el reconocimiento y pago, fueron glosados en el trámite de auditoría integral por no evidenciarse la entrega de la tecnología en salud objeto del recobro, por lo cual no puede atribuir responsabilidad al Estado por un hecho exclusivamente suyo, pues a nadie le es dable alegar su propia culpa para derivar de ella un beneficio y mucho menos para obtener un pago sin cumplir con los requisitos exigidos para la normatividad para recibirlos, aún más, cuando se trata de la falta de aportar la factura o documento equivalente o de aportarla sin el total de la información requerida por la normatividad.

De manera, que la actora ha desatendido sus deberes de autoprotección, al no realizar un recobro con el lleno de los requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico, para así posteriormente reclamar sin fundamento jurídico alguno a la ADRES.

Sobre la influencia del hecho de la víctima en el juicio de imputación, la profesora Claudia López Díaz, al referirse a la competencia de la víctima y deberes de autoprotección, compartiendo nuestro criterio, explica:

> *"Se parte del punto de vista de que la vida en sociedad no se regula con base en la determinación de relaciones de causalidad; se conforma, mediante la delimitación de ámbitos de responsabilidad … porque un suceso puede ser explicado como obra exclusiva de un autor, o como obra exclusiva de la víctima, o como obra de ambos, o como un suceso fortuito o accidental. Es decir, la 'víctima' también puede ser objeto de imputación."*[5] *En consecuencia, no hay arrogación de los bienes de otro cuando, con división de trabajo, ha sido la propia víctima quien ha configurado y moldeado su propia autolesión…en este caso la víctima quien ha defraudado las expectativas que nacen de su rol; es decir, los deberes de autoprotección que a ella le son exigibles, como principal garante de la protección de sus propios bienes."*[6]

De igual manera Yesid Reyes Alvarado, declara referente al principio de autorresponsabilidad, *"Si se quiere expresar con un principio general de derecho la pretensión hegeliana de imputar a cada persona solo aquello que deba ser considerado como "su obra", nada mejor que recurrir al principio de autorresponsabilidad, de acuerdo con el cual cada individuo debe responder por sus propias actuaciones y no por las de los demás."*[7]

Es por ello que la ADRES no se encuentra llamada a responder por los daños causados por la PROPIA VÍCTIMA, pues como se ha demostrado es la actora quien ha sido la responsable del daño ocasionado y cuya reparación se demanda.

Por todo lo anterior las pretensiones de la demandan no se encuentran llamadas a prosperar respecto a la ADRES pues no incurrió en el incumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad en la presentación de las reclamaciones.

3. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN

[5] Günther Jakobs, citado por Claudia López Díaz, Introducción a la Imputación Objetiva, Primera edición, Tercera reimpresión, Universidad Externado de Colombia, 2000, Bogotá, Pág. 149.
[6] Günther Jakobs, citado por Claudia López Díaz, Obra citada, Pág. 150.
[7] Yesid reyes Alvarado, IMPUTACIÓN OBJETIVA, Editorial Temis, Segunda Edición, Bogotá, 1996, Pág. 50.

La doctrina ha entendido por obligación lo siguiente:

"Obligación significa ligamen, atadura, vínculo, términos próximos entre sí, cuando no sinónimos, que vertidos al derecho implican ***una relación jurídica, o sea una relación sancionada por aquel,*** *establecida entre dos personas determinadas, en razón de la cual un sujeto activo, que se denomina acreedor, espera fundadamente un determinado comportamiento, colaboración, que es la prestación, útil para él y susceptible de valoración pecuniaria, de parte y cargo de otro, sujeto pasivo, llamado deudor, quien se encuentra, por lo mismo, en la necesidad de ajustar su conducta al contenido del nexo, so pena de quedar expuesto a padecer ejecución forzada, o sea de verse constreñido alternativamente, a instancia de su contraparte, a realizar la prestación original o a satisfacer su equivalente en dinero y, en ambos casos, además, a resarcir los daños y perjuicios ocasionados por su incumplimiento."*[8] *(Resaltado ajeno al texto)*

En el mismo sentido, se define la obligación de la siguiente manera:

"La obligación, en esencia, es una relación jurídica entre dos personas determinadas por virtud de la cual una de ellas, el deudor, se encuentra en la necesidad de realizar una prestación de interés de la otra, el acreedor, que puede exigírsela. Llámase prestación el comportamiento que debe observar el deudor para satisfacer el interés del acreedor, y se traduce en una acción positiva (dar, hacer) o en una negativa, o sea, en una abstención (no dar, no hacer)."[9]

Como se observa, para que exista obligación, debe mediar una relación jurídica, es decir, aquel nexo entre los dos sujetos del extremo obligacional y que se encuentra regulada por el derecho, criterio que comparte la doctrina al considerar:

"Toda situación lleva dentro de sí, por naturaleza, una relación jurídica, esto es, un nexo entre dos sujetos en torno de un objeto, regulado por el derecho y surgido a propósito de la detentación de bienes y de la utilización de servicios, con miras a la satisfacción de necesidades, y normativamente dispuesto según las tradiciones, ideales y costumbres de la comunidad respectiva."[10]

En el mismo sentido, el artículo décimo de la Resolución No. 4244 de 2015 dispone que los requisitos esenciales para que sea reconocida la reclamación. Como se observa, la norma jurídica anteriormente, junto con la Ley 100 de 1993, el Decreto Ley 1281 de 2002, el Decreto 780 de 2016 y la Resolución 4244 de 2015, descrita exige por parte de la actora el cumplimiento de varios requisitos para que exista la relación jurídica, es decir, el nexo jurídico para el nacimiento de la obligación; en otras palabras, para afirmar que existe dicha relación jurídica, y por consiguiente obligación, debe mediar el cumplimiento de una condición suspensiva, como lo es el cumplimiento de los requisitos exigidos por la normatividad, y ante la falta de estos, la obligación no nacerá, es decir, que no existirá relación jurídica alguna.

Debido a lo anterior, el administrador fiduciario o la firma auditora encargada de realizar la verificación las reclamaciones que hoy son presentadas en sede judicial y con base en el procedimiento administrativo reglado, verificó el cumplimiento de los requisitos, de conformidad a lo consagrado en el ordenamiento jurídico.

Para el presente asunto, se tiene que la ADRES no está obligada a reconocer y pagar las reclamaciones que como consecuencia de la auditoría integral hayan resultado con estado *"NO APROBADA"*, toda vez que, al tratarse de recursos públicos, éstos requieren de protección especial del Estado, quien debe implementar un estricto control que le permita destinar los recursos a aquellas entidades que den estricto cumplimiento de los requisitos legales.

[8] Fernando Hinestrosa, TRATADO DE LAS OBLIGACIONES, Universidad Externado de Colombia, Tercera Edición, Bogotá D.C., 2007, Pág. 55.
[9] Antonio Vodanovic H. DERECHO DE LAS OBLIGACIONES, Ediciones Periodísticas y Estadísticas, Santiago, 1970, Pág. 10.
[10] Fernando Hinestrosa, TRATADO DE LAS OBLIGACIONES, Universidad Externado de Colombia, Tercera Edición, Bogotá D.C., 2007, Pág. 41.

A su vez, se tiene que la IPS demandante pretende que la ADRES reconozca y pague reclamaciones a los cuales les fueron aplicadas, entre otras, la observación:

- **Coberturas,** Se facturan servicios a la entidad responsable del pago sin agotar los topes cubiertos por las pólizas de seguro obligatorio de accidentes de tránsito. 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. Los medicamentos entregados o relacionados en la hoja de suministro de medicamentos y/o justificados en la factura hacen parte integral de un servicio y se están cobrando adicionalmente.

- **Devoluciones,** la factura corresponda a servicios ya cancelados por la entidad responsable del pago.

- **Ecat,** En la factura se relaciona pagos por servidos prestados por la misma IPS reclamante y no habilitados. Existen inconsistencias entre el medio físico y el magnético.

- **Facturación**, el reconocimiento de esta reclamación no puede efectuarse por vía administrativa por vencimiento de términos (artículo 6 resolución 1915 de 2008). Se cobran servicios o procedimientos que se encuentran incluidos en otro servicio ya cobrado dentro de la misma u otra factura. Inconsistencias en la sumatoria de los ítems con relación al valor total de la factura

- **Glosas del sistema,** el reconocimiento de esta reclamación no puede efectuarse por vía administrativa por vencimiento de términos (artículo 6 resolución 1915 de 2008). El reconocimiento del amparo gastos médico-quirúrgicos de esta reclamación no puede efectuarse por vía administrativa por vencimiento de términos (artículo 13 decreto 1281 de 2002).

- **Pertinencia,** los servicios facturados no tienen relación directa con el evento. Los cargos por materiales que vienen relacionados en el detalle de cargos y/o los soportes pactados no son pertinentes o no tienen justificación médica para el cobro.

- **Respuestas a glosas o devoluciones,** reclamación presenta inconsistencia entre FURIPS y medio magnético y/o soportes anexos. Existen diferencias en cantidades facturadas.

- **Soportes,** El formato furips no trae el campo obligatorio (VII) diligenciado completo. Existe ausencia total o parcial, Inconsistencia, cargos de Seguro obligatorio enmendaduras o ilegibilidad en las copias de las facturas de accidentes de tránsito enviadas a la compañía de seguros SOAT, con sus SOAT respectivos detalles, cumpliendo los topes.

- **Tarifas,** los cargos por ayudas diagnósticas 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.

Es decir, reclamaciones que fueron presentadas sin el lleno de requisitos exigidos establecidos en la normatividad o desconociendo el término dispuesto por el legislador para hacer exigible dicha solicitud.

Por consiguiente, ante la falta de relación jurídica, por el incumplimiento de los requisitos exigidos por el ordenamiento jurídico para el nacimiento de la obligación, en el caso que nos ocupa, no se puede hablar de la existencia de obligación principal pendiente de reconocimiento y pago alguno, como tampoco el reconocimiento de intereses, indexaciones o costas procesales, pues al no haber cumplido la demandante con los requisitos normativos y/o al haber presentado las reclamaciones fuera de los términos establecidos en la normatividad sobre el tema, esta situación impide que se efectúe cualquier reconocimiento económico con cargo a los recursos de la Entidad.

4. IMPROCEDENCIA DEL PAGO DE INTERESES MORATORIOS

Respecto de los intereses que se pretenden reclamar por esta vía, resulta necesario señalar que las reclamaciones NO FUERON PRESENTADAS CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR LA NORMATIVIDAD. Es importante señalar que la simple presentación de una reclamación ante el auditor no genera derechos, es una mera expectativa, toda vez que las reclamaciones se encuentran sujetas al cumplimiento de los requisitos establecidos en la normatividad vigente que regula el procedimiento para obtener el derecho y pago de estas.

En este sentido, esta Corporación en reiterados pronunciamientos[11] ha señalado la improcedencia de intereses moratorios, al verificar que las IPS o EPS NO CUMPLEN LOS REQUISITOS PARA LA PRESENTACIÓN y, en este caso, se evidencia el actuar negligente para la radicación de las reclamaciones, al respecto señaló:

> "*Siendo así, es acertado concluir, que las entidades aseguradoras, ostentan de igual forma una responsabilidad en el flujo adecuado y oportuno de los recursos del sistema, y en la sostenibilidad del mismo, lo que les exige desplegar las acciones de cobro por los servicios en salud prestados dentro de los términos establecidos. Por lo tanto, el incumplimiento de estos deberes bajo las condiciones que regulan el procedimiento de recobros constituye* ***una causal de no pago justificada*** *por vía administrativa y conlleva a la pérdida del derecho a los intereses moratorios por mandato expreso de la ley ante un actuar negligente que atenta contra la administración y aplicación de los recursos, y a su vez, contra el acceso y la prestación efectiva de los servicios de salud a la población.*
>
> *Por lo tanto, en el caso sub-examine, esta Superintendencia Delegada no ordenará el reconocimiento y pago de los intereses moratorios respecto a los 2 recobros objeto de pago, ya que fueron radicados ante el FOSYGA, de forma extemporánea"*

5. EXCEPCIÓN INNOMINADA O GENÉRICA

Por la presente se solicita amablemente que, al realizarse el estudio y la valoración de las condiciones fácticas del presente proceso se logra determinar la existencia de hechos que constituyan una excepción, se sirva reconocerla de forma oficiosa como corresponda, conforme a lo dispuesto en el artículo 164 del Código Contencioso Administrativo, que a la letra indica:

> *"(...) En la sentencia definitiva se decidirá sobre las excepciones propuestas y sobre cualquier otra que el fallador encuentre probada. (…)" (Subrayado fuera del texto)*

Por tanto, si después de la valoración del proceso y de las pruebas aparece probada cualquier excepción, le solicito declararla acorde con la norma transcrita.

VI. PRUEBAS

1. Documentales, las que obran en el expediente
2. Concepto técnico emitido por la Dirección de Liquidaciones y Garantías de la ADRES.

VII. ANEXOS

- Los relacionados en el acápite de pruebas.
- Poder legalmente conferido por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la ADRES
- Ley 1753 de 2015 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. - Decreto 1429 de 2016

[11] Superintendencia Nacional de Salud, Sentencia J-2015-0792 Demandante: FAMISANAR EPS Demandado: Nación-Ministerio de Salud y Protección Social hoy ADRES.

- Por la cual se modifica la estructura de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES y se dictan otras disposiciones.

- Resolución 101 del 3 de agosto de 2017

- Por el cual se delegan unas funciones y se dictan otras disposiciones.

- Resolución Nombramiento jefe Oficina Asesora Jurídica de la ADRES.

- Acta de posesión jefe Oficina Asesora Jurídica de la ADRES.

VIII. NOTIFICACIONES

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES recibe notificaciones en la Avenida Calle 26 No. 69 – 76 Edificio Elemento Torre 1, Piso 17 de la ciudad de Bogotá- Correo electrónico para notificaciones judiciales es: notificaciones.judiciales@adres.gov.co / teléfono: 4322760 Ext. 1767 – 1771 y la suscrita apoderada en el correo angie.pineda@adres.gov.co Cel. 3132074699

Con el debido respeto,

ANGIE KATERINE PINEDA RINCÓN
C.C. No. 1.020.766.170 de Bogotá
T.P. No. 288.118 del C.S. de la J.