



SOAT, PROCEDIMIENTO EN CASOS DE ACCIDENTE

Concepto 2019122118-004 del 9 de octubre de 2019

Síntesis: *Ante la ocurrencia de un accidente de tránsito, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atienden la urgencia deben afectar en forma prioritaria la póliza de seguro obligatorio de accidentes de tránsito respectiva y el exceso del monto de la cobertura de gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, se asume con cargo al Plan Obligatorio de Salud u otros seguros, como el de riesgos laborales o el de salud, según corresponda.*

«(...) comunicación mediante la cual informa diversas situaciones que se presentan en el proceso de reclamación de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito y al respecto formula estos interrogantes:

- “1. ¿Cuáles son los documentos requeridos por un prestador para atender a una víctima asegurada que ha sufrido un accidente de tránsito?*
- 2. ¿Cómo detectar o saber si los pacientes que se presentan como víctimas de accidentes de tránsito, verdaderamente son víctimas de accidentes de tránsito?*
- 3. ¿Cómo puede probar la aseguradora que efectivamente la persona que se presenta en la IPS es un caso de fraude y en realidad no es un accidente de tránsito?*
- 4. ¿Debe la IPS responder por los servicios prestados a la persona que se presente como víctima de accidente de tránsito y luego la aseguradora no lo pague porque argumenta que no es un accidente de tránsito?*
- 5. ¿Existen los recobros entre las entidades aseguradoras? ¿Cómo funciona esto?*
- 6. ¿Cuál sería el debido procedimiento que debe realizar una aseguradora cuando es víctima de fraude por parte de los asegurados y de otras terceras personas?*
- 7. ¿Quién o quienes pueden probar cuando existe un fraude de seguro?*
- 8. ¿El abuso del poder dominante por parte de las aseguradoras es castigable? ¿De qué forma?”.*

(...), a continuación se absuelven sus inquietudes en el mismo orden en que se encuentran formuladas:

“1. ¿Cuáles son los documentos requeridos por un prestador para atender a una víctima asegurada que ha sufrido un accidente de tránsito?”

Conforme con la legislación vigente, las instituciones que ofrezcan servicios de salud están obligadas a prestar la atención inicial de urgencia independientemente de la capacidad socioeconómica de los solicitantes de este servicio¹.

Para la prestación de los servicios de salud las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben verificar los derechos de los usuarios a través del “documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla”. En tal sentido el artículo 2.5.3.1.1. del Decreto 780 de 2016 dispone lo siguiente:

“ARTÍCULO 2.5.3.1.1. VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS. La verificación de derechos de los usuarios es el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que demanda el usuario y el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Para el efecto, el prestador de servicios de salud deberá verificar la identificación del usuario en la base de datos provista hasta que el Sistema de Afiliación Transaccional inicie su operación. Dicha verificación, podrá hacerse a través del documento de identidad o cualquier otro mecanismo tecnológico que permita demostrarla.

No podrán exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento.

En el caso de afiliados al régimen contributivo a los que se les haya realizado el descuento de la cotización, y el empleador no haya efectuado el pago a la entidad promotora de salud del régimen contributivo, el afiliado acreditará su derecho mediante la presentación del comprobante del descuento por parte del empleador, así como la fotocopia de ser necesaria...”

Ahora bien, tratándose de la prestación de los servicios de salud a víctimas de accidente de tránsito, cabe señalar que las IPS deben recaudar información para el reporte sobre la atención en salud brindada a las víctimas y la práctica de las auditorías por parte de las aseguradoras² y sobre las reclamaciones por accidentes de tránsito³. En dichos formatos se encuentran entre otros, los datos relacionados con el vehículo involucrado en el accidente (Placa, Número de la póliza SOAT, Fecha de vencimiento) y con el conductor del mismo.

2. ¿Cómo detectar o saber si los pacientes que se presentan como víctimas de accidentes de tránsito, verdaderamente son víctimas de accidentes de tránsito?

¹ Decreto 780 de 2016, artículo 2.5.3.2.2.

² Ministerio de Salud y Protección Social (Anexo Técnico - Resolución 003823 de 2016)

³ Superintendencia Nacional de Salud (Circular Externa 000015 de 2016 – Archivo TIPO ST006).

Al respecto, en criterio de esta superintendencia sería el médico de urgencias que atiende a la víctima, a quien le corresponde obtener toda la información requerida para determinar si efectivamente ocurrió o no un accidente de tránsito y de esta forma, poder emitir la declaración sobre este hecho, la cual constituye prueba suficiente del accidente, tal como lo establece Ley 1438 de 2011:

“ARTICULO 143. PRUEBA DEL ACCIDENTE EN EL SOAT. Para la prueba del accidente de tránsito ante la aseguradora del SOAT, será suficiente la declaración del médico de urgencias sobre este hecho, en el formato que se establezca para el efecto por parte del Ministerio de la Protección Social, sin perjuicio de la intervención de la autoridad de tránsito y de la posibilidad de que la aseguradora del SOAT realice auditorías posteriores”.

Al respecto, cabe señalar que en su oportunidad, el entonces Ministerio de la Protección Social expidió la Circular Externa 033 de 2011 en la cual aclaró que el formato para la presentación de la declaración del médico corresponde al “...que se adoptó en el Anexo Técnico número 2 de la Resolución 3374 de 2000, el cual debe ser diligenciado con la información adicional señalada en el parágrafo del artículo 2° de la Resolución 1915 de 2008 y en la Resolución 3251 del mismo año...”.

Dicho Anexo se refiere al contenido de la EPICRIS, el cual hoy se encuentra regulado en el artículo 2.6.1.4.3.5. del Decreto 780 de 2016. Adicionalmente, cabe agregar que la Epicrisis es uno de los documentos exigidos para presentar la solicitud de pago de los servicios de salud, según lo previsto en el numeral 2.1. del artículo 2.6.1.4.2.20 del Decreto antes citado.

3. ¿Cómo puede probar la aseguradora que efectivamente la persona que se presenta en la IPS es un caso de fraude y en realidad no es un accidente de tránsito?

Al respecto, debemos indicar que la aseguradora podrá utilizar cualquiera de los medios probatorios previstos en la ley para determinar si el evento corresponde o no a un accidente de tránsito y de esta forma demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad, tal como lo ordena el artículo 1077 del Código de Comercio.

En todo caso, cabe señalar que el numeral 3 del artículo 1053 del Código de Comercio, cuando se refiere a la objeción no impone al asegurador la obligación de presentar al asegurado o beneficiario las pruebas de los hechos o circunstancias que argumenta como excluyentes de su responsabilidad.

En tal sentido, la Doctrina⁴ enseña que “...se tiene que si el asegurado o beneficiario deben allegar las pruebas de la ocurrencia del siniestro y de su cuantía, a la aseguradora al objetar la reclamación le basta indicar por qué razones lo hace, pero no la obliga frene al reclamante a suministrar prueba alguna, ya que debe reservárselas, si están en su poder, para presentarlas en caso de que se inicie juicio declarativo en su contra.

Obsérvese que el numeral 3 del artículo 1053 del C. de Co., solo habla de la objeción de la aseguradora, pero no establece que ella deba acompañar pruebas; y está bien que así lo haga, porque en tal estado de cosas nada se obtendría con ello, puesto que el juez competente es el único autorizado para determinar a quién le asiste la razón y es a él a quien deben presentarse esas pruebas, ...”.

⁴ LÓPEZ BLANCO Hernán Fabio, “Comentarios al Contrato de Seguro”, DUPRE Editores, Bogotá, D.C. 2014, páginas 604-605.

No obstante, es preciso señalar que uno de los mecanismos que utilizan las aseguradoras para obtener información sobre las circunstancias de tiempo, modo y lugar de la ocurrencia del accidente de tránsito, son las auditorías a las atenciones en salud a las víctimas que pueden realizar, en forma in situ y de manera aleatoria o selectiva, a partir del reporte que le efectúa la IPS⁵ o de la radicación de la reclamación, según el artículo 8° de la Resolución Número 3823 del 24 de agosto de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, el cual dispone:

“Artículo 8. Auditoría a las atenciones en salud a víctimas de accidentes de tránsito. Las compañías aseguradoras autorizadas para operar el SOAT o el Fosyga o la entidad que haga sus veces, posterior al reporte de que trata el artículo 3 de la presente resolución o a la radicación de la reclamación, podrán realizar auditorías in situ de manera aleatoria o selectiva a los prestadores que realicen atenciones en salud derivadas de un accidente de tránsito...”

En armonía con lo anterior, se tiene que presentada la reclamación, el artículo 2.6.1.4.3.10 del pluricitado Decreto 780 de 2016, impone a las aseguradoras el deber de “...verificar la ocurrencia del hecho, la acreditación de la calidad de víctima o del beneficiario, según sea el caso, la cuantía de la reclamación, su presentación dentro del término a que refiere este capítulo y si ésta ha sido o no reconocida y/o pagada con anterioridad...”.

4. ¿Debe la IPS responder por los servicios prestados a la persona que se presente como víctima de accidente de tránsito y luego la aseguradora no lo pague porque argumenta que no es un accidente de tránsito?

En primer término, se precisa que para efectos del pago de los servicios de salud prestados a víctimas de accidentes de tránsito, el parágrafo 1° del artículo 2.6.1.4.3.10 del Decreto 780 de 2016 impone a las IPS el deber de “...adoptar mecanismos tendientes a garantizar la adecuada recopilación y diligenciamiento de la información requerida y demás datos necesarios para el pago. La Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias, vigilará que las precitadas instituciones den cumplimiento a lo ordenado en esta disposición, so pena de la imposición de las sanciones correspondientes.”

Así mismo, conforme con lo dispuesto en el inciso 2, numeral 4 del artículo 195 del EOSF, el inciso 4 del artículo 2.6.1.4.3.12. del Decreto 780 de 2016 y en concordancia con el artículo 1077 del Código de Comercio “Corresponderá al asegurado demostrar la ocurrencia del siniestro, así como la cuantía de la pérdida, si fuere el caso. El asegurador deberá demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad”.

Ahora bien, frente al no pago de la indemnización reclamada, la Institución Prestadora de Servicios de Salud puede instaurar las acciones judiciales para que se declare la existencia del derecho y la correspondiente obligación de la aseguradora de pagar la indemnización, esto es, iniciar el proceso declarativo regulado en los artículos 368 y siguientes del Código General del Proceso.

En todo caso, cabe señalar que ante la ocurrencia de un accidente de tránsito, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que atienden la urgencia deben afectar en forma prioritaria la póliza de seguro obligatorio de accidentes de tránsito respectiva y el exceso del monto de la cobertura de gastos médicos,

⁵ El cual debe hacerse “dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al inicio de la prestación”, tal como lo dispone el artículo 3 de la Resolución número 3823 del 24 de agosto de 2016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social

quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, se asume con cargo al Plan Obligatorio de Salud u otros seguros, como el de riesgos laborales o el de salud, según corresponda. En tal sentido, el artículo 2.6.1.4.2.3. del Decreto 780 de 2016 dispone:

“Artículo 2.6.1.4.2.3. Cobertura. Las cuantías correspondientes a los servicios de salud prestados a las víctimas de accidente de tránsito, de evento catastrófico de origen natural, de evento terrorista o de otro evento aprobado, serán cubiertas por la compañía aseguradora del SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según corresponda, así:

1. Por la compañía aseguradora, cuando tales servicios se presten como consecuencia de un accidente de tránsito en el que el vehículo involucrado se encuentre amparado con la póliza del SOAT, en un valor máximo de ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv), al momento de la ocurrencia del accidente de tránsito.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el inciso anterior para el caso de vehículos asegurados, pero el reconocimiento y pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago a los terceros, estará a cargo del Fosyga. (...)

Parágrafo 1º. Los pagos por los servicios de salud que excedan los topes de cobertura establecidos en el presente artículo, serán asumidos por la Entidad Promotora de Salud del Régimen Contributivo o Subsidiado a la que se encuentra afiliada la víctima, por la entidad que administre el régimen exceptuado de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 cuando la víctima pertenezca al mismo, o por la **Administradora de Riesgos Laborales (ARL)**, a la que se encuentra afiliada, cuando se trate de un accidente laboral. (...)

Parágrafo 3º. Si la víctima cuenta con un plan voluntario, complementario o adicional de salud, podrá elegir ser atendido por la red de prestación de esos planes; en este caso, los primeros ochocientos (800) salarios mínimos legales diarios vigentes (smldv) que se requieran para la atención, serán cubiertos por la compañía de seguros autorizada para expedir el SOAT o por la Subcuenta ECAT del Fosyga, según quien asuma la cobertura, conforme a lo previsto en el presente Capítulo.

Superada dicha cobertura, se asumirá la prestación con cargo al mencionado plan voluntario, complementario o adicional de salud. Aquellos servicios que se requieran y que no estén amparados o cubiertos por el plan voluntario, complementario o adicional de salud, serán asumidos con cargo al **Plan Obligatorio de Salud...**” (Negrita fuera de texto)

5. ¿Existen los recobros entre las entidades aseguradoras? ¿Cómo funciona esto?

Sobre el particular, se precisa que la legislación vigente en materia de SOAT consagra el derecho de repetición cuando en el accidente de tránsito se presenta concurrencia de vehículos asegurados. En tal sentido el numeral 5 del artículo 194 del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero dispone:

“5. Concurrencia de vehículos. En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados cada entidad aseguradora correrá con el importe de las indemnizaciones a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no

ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de la indemnización, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.

Cuando en los accidentes participen dos o más vehículos y entre ellos haya asegurados y no asegurados o no identificados, se procederá según lo previsto en el presente numeral para el caso de los vehículos asegurados, pero el importe correspondiente a la indemnización de los ocupantes del vehículo o vehículos no asegurados o no identificados y el pago que a los terceros correspondería estará a cargo del Fondo de que trata el artículo 198 numeral 1 del presente Estatuto.”

Y el artículo 2.6.1.4.4.1. del Decreto 780 de 2016 establece:

“2. Concurrencia de vehículos. En los casos de accidentes de tránsito en que hayan participado dos o más vehículos automotores asegurados, cada entidad aseguradora correrá con el importe de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos de que trata el presente Capítulo, a los ocupantes de aquel que tenga asegurado. En el caso de los terceros no ocupantes se podrá formular la reclamación a cualquiera de estas entidades; aquella a quien se dirija la reclamación estará obligada al pago de la totalidad de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos, sin perjuicio del derecho de repetición, a prorrata, de las compañías entre sí.”

6. ¿Cuál sería el debido procedimiento que debe realizar una aseguradora cuando es víctima de fraude por parte de los asegurados y de otras terceras personas?

En relación con este interrogante y el procedimiento a seguir cuando se es “...víctima de fraude por parte de los asegurados y de otras terceras personas...”, le correspondería a la compañía de seguros denunciar estos hechos ante la Fiscalía General de la Nación, para que se investigue si con el propósito de obtener la prestación de los servicios de salud, la víctima cometió algún delito contra su patrimonio económico, como podría ser el de la Estafa, definido en el artículo 356 del Código Penal así:

“El que induciendo o manteniendo a otro en error, por medio de artificios o engaños, obtenga provecho ilícito para sí o para un tercero con perjuicio ajeno, incurrirá en prisión de uno a diez años y multa de un mil a quinientos mil pesos (...).”

7. ¿Quién o quienes pueden probar cuando existe un fraude de seguro?

En principio, cabe señalar que conforme con lo dispuesto en el artículo 67 del Código de Procedimiento Penal “Toda persona debe denunciar a la autoridad los delitos cuya comisión tenga conocimiento y que deban investigarse de oficio...”, caso en el cual a la denuncia se debe acompañar la prueba correspondiente.

Ahora bien, en cuanto al SOAT, le corresponde a la compañía de seguros que expidió la póliza SOAT del vehículo causante del accidente de tránsito probar el fraude, por cuanto debe demostrar los hechos o circunstancias excluyentes de su responsabilidad⁶ o ejercer las acciones de repetición respectivas.

⁶ Código de Comercio, artículo 1077

En efecto, las entidades aseguradoras que expiden el SOAT, podrán repetir con la Subcuenta ECAT del Fosyga y el tomador del seguro, tal como lo prevé el artículo 2.6.1.4.3.14. del Decreto 780 de 2016:

“1. Las compañías aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT, podrán repetir en acción judicial contra la Subcuenta ECAT del Fosyga, el valor de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos cancelados a la víctima o a los beneficiarios, cuando judicialmente se demuestre que la póliza que ampara el vehículo que ocasionó el accidente de tránsito, es falsa.

2. Las compañías aseguradoras podrán repetir contra el tomador del seguro por cualquier suma que hayan pagado como indemnización, cuando quien esté conduciendo el vehículo en el momento del accidente haya actuado con autorización del tomador y con dolo, culpa grave o dentro de aquellas circunstancias en que el seguro adolece de vicios o defectos coetáneos a su contratación, de conformidad con lo establecido en el numeral 4 del artículo [194](#) del Estatuto Orgánico del Sistema Financiero...”.

En todo caso, resulta oportuno señalar que el no pago de las facturas fundamentado en un eventual fraude en el seguro, es un asunto que por la naturaleza de sus funciones le corresponde dirimir a las autoridades jurisdiccionales y son éstas las competentes para determinar si la objeción formulada por la entidad aseguradora es o no procedente, dentro del marco legal que resulte aplicable.

8. ¿El abuso del poder dominante por parte de las aseguradoras es castigable? ¿De qué forma?”.

Al respecto, cabe precisar que la Ley 1328 de 2009 establece los principios y reglas que rigen la protección de los consumidores financieros en las relaciones entre éstos y las entidades vigiladas por esta Superintendencia.

Dicho régimen consagra en forma expresa la prohibición de utilizar las cláusulas y prácticas abusivas en los contratos de adhesión, definidas en los artículos 11 y 12 de la Ley antes citada y las demás que establezca la Superintendencia Financiera.

En ejercicio de la facultad otorgada en los literales e. del artículo 11 y d. del artículo 12 de la citada Ley y para efectos de la función de supervisión, la Superintendencia Financiera identificó algunas cláusulas y prácticas abusivas, incorporadas en los numerales 6.1. y 6.2, del Capítulo I, Título III, Parte I de la Circular Básica Jurídica (Circular Externa 29 de 2014).

Entre las cláusulas abusivas se citan los siguientes ejemplos de conductas que dan lugar a **abuso de posición dominante contractual**:

“6.1.6. Las que afectan el equilibrio contractual o dan lugar a abuso de posición dominante contractual. Son ejemplos de estas cláusulas las siguientes:

6.1.6.1. Las que le imponen al consumidor financiero la aceptación de plazos o límites temporales para presentar quejas o reclamos en desconocimiento de los establecidos en la ley, así como las estipulaciones que restrinjan o limiten la forma de interponerlos, salvo que los plazos o límites legales se modifiquen en beneficio del consumidor financiero.

6.1.6.2. Las que le imponen, directa o indirectamente, al consumidor financiero la designación de un notario específico que dará fe pública sobre el servicio proveído, el crédito que se le otorgue o las garantías correspondientes.

6.1.6.3. Las que autorizan a la entidad vigilada a destruir cheques pagados y girados por el librador, sin perjuicio de lo establecido en las normas que regulan lo relacionado con la conservación de archivos y documentos, especialmente en lo que tiene que ver con asegurar, por cualquier medio técnico adecuado, su reproducción exacta.

6.1.6.4. Las que obligan a mantener al consumidor financiero la estricta confidencialidad sobre las fallas del servicio o sobre las fallas de los sistemas de información de la entidad vigilada.

6.1.6.5. Las que estipulan que no se pagarán intereses por los dineros depositados en productos de ahorro.

6.1.6.6. Las que condicionan el reconocimiento de la indemnización de siniestros que afectan una póliza de seguro a actuaciones meramente potestativas de las entidades aseguradoras.

6.1.6.7. Las que establecen que si durante la vigencia de la póliza se modifican las condiciones generales y/o particulares depositadas ante esta Superintendencia, las mismas se consideran automáticamente incorporadas al momento de su renovación, sin que estas hayan sido previamente informadas y suministradas al consumidor financiero.

6.1.6.8. Las que imponen al consumidor financiero la obligación de pagar gastos, comisiones o cuotas de manejo que no son expresamente determinadas o determinables.

6.1.6.9. Las que autorizan a la entidad vigilada para cobrar por servicios no prestados o por el cumplimiento de prestaciones propias del contrato que no implican un servicio adicional, tales como aquellas que autorizan a las aseguradoras para cobrar al consumidor financiero por efectuar el pago del siniestro, o aquellas que facultan a las entidades vigiladas para cobrar a sus deudores por el desembolso de sus créditos.

6.1.6.10. Las que exijan la preconstitución de garantías sin que la entidad vigilada haya adelantado los respectivos estudios de crédito.

6.1.6.11. Las que permiten descontar de manera anticipada las cuotas de créditos.

6.1.6.12. Las que establecen el cobro del primer paz y salvo por cancelación total de obligaciones de crédito, incluido dentro de las tarifas a cargo de los consumidores financieros bajo la denominación genérica de certificaciones o cualquier otra semejante.

6.1.6.13. Las que autorizan a la entidad vigilada para exigir al consumidor financiero mantener un saldo mínimo en su cuenta de ahorros.

6.1.6.14. Las que establecen el carácter de vinculante de cualquier documento en el que se mencionen rangos de tasa o precios por concepto de posibles obligaciones derivadas de cualquier contrato financiero, sin que conste allí el pleno conocimiento y aceptación por parte del consumidor financiero, ni asociación al documento contractual que formalice la relación jurídica.

6.1.6.15. Las que establecen que el consumidor financiero debe efectuar pagos desde la fecha de aprobación de los créditos, aun cuando el desembolso de los mismos se realice con posterioridad a dicha fecha.

6.1.6.16. Las que establecen que las entidades vigiladas se exoneran de responder por incumplimientos contractuales originados en conflictos internos o por hurtos ocurridos en sus oficinas o instalaciones.

6.1.6.17. Las que incluyan el pago de intereses no autorizados legalmente, sin perjuicio de la eventual responsabilidad penal.”.

(...)

(...).»

Este documento fue tomado directamente de la página oficial de la entidad que lo emitió.