



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411200249351**

Fecha: **26-02-2014**

Página 1 de 7

Bogotá D.C.,

URGENTE

ASUNTO: Prestación de servicios de salud bajo el esquema de aseguramiento prepagado, por parte de una Institución Prestadora de Servicios de Salud – IPS.

Respetado doctor:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual solicita que se le brinde información, entre otras cosas, sobre la posibilidad o no de que una Institución Prestadora de Servicios de Salud –IPS, preste sus servicios *“bajo el esquema de aseguramiento prepagado, sin la intervención de entidades intermediarias como lo son las entidades de medicina prepagada y las aseguradoras”*. Al respecto y previas las siguientes consideraciones, me permito señalar:

Conforme lo contemplado en el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011¹, se define a los Planes Voluntarios de Salud –PVS-, como prestaciones adicionales a las que contempla el Plan Obligatorio de Salud P.O.S., los cuales son contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con cargo a recursos ajenos a las cotizaciones obligatorias, o de los subsidios a la cotización.

En el marco de la anterior previsión, los Planes Voluntarios de Salud –PVS-, pueden ser; a) Planes de atención complementaria del Plan Obligatorio de Salud emitidos por las Entidades Promotoras de Salud; b) Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada; c) Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera; d) Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.

De otra parte, el artículo 38 de la Ley 1438 de 2011, señala:

“(...) La aprobación de los Planes Voluntarios de Salud y de las tarifas, en relación con las Entidades Promotoras de Salud y las entidades de medicina prepagada, estarán a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, la cual registrará los planes, en un plazo no superior a

¹ “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411200249351**

Fecha: **26-02-2014**

Página 2 de 7

treinta (30) días calendario y realizará verificación posterior. El depósito de los planes se surtirá ante la Superintendencia Nacional de Salud”

Ahora bien, es preciso indicar, tal y como lo expresó la Corte Constitucional en algunos apartes de la Sentencia T – 563 de 2009², que la Medicina Prepagada se ejecuta a través de contrato entre las partes (*Empresa de Medicina Prepagada y Afiliado*), con el objeto principal de prestar el servicio público de salud. Por lo tanto, a este tipo de contratos le son aplicables los principios generales de libertad y buena fe contractual, así como las normas pertinentes del derecho privado. Sus principales características son: el ser bilateral, oneroso, principal, aleatorio, consensual, de adhesión y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil, naciendo a la vida jurídica como un contrato de adhesión.

Conforme con lo expuesto y frente a su primer interrogante, es preciso indicar que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2³ del Decreto 1011 de 2006⁴, están definidas como un grupo de práctica profesional que cuenta con infraestructura física, tales como: los hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios, entre otros, bien sean públicos o privados y cuya función principal, de acuerdo con el artículo 185⁵ de la Ley 100 de 1993⁶, es la de prestar servicios de salud a las personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS o a la población no asegurada, las cuales se clasifican por su nivel de complejidad o atención de acuerdo con los servicios que les hayan sido habilitados.

² “El contrato de Medicina Prepagada se caracteriza por ser un contrato privado, bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge como un contrato de adhesión, donde los extremos contractuales se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de ellas en los términos aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud y respecto de las cuales la otra manifiesta su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto.”

³ “Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.”

⁴ “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud”.

⁵ “Artículo 185. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de salud deberá cumplir con los requisitos contemplados en las normas expedidas por el Ministerio de Salud. (...)”

⁶ “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411200249351

Fecha: 26-02-2014

Página 3 de 7

De acuerdo con lo contemplado en los artículos 7, 8 y 9 del mencionado Decreto 1011 de 2006, las IPS deben estar habilitadas para ejecutar la prestación de servicios de salud. Dicha habilitación, supone contar con condiciones tanto tecnológicas como científicas⁷, patrimoniales, financieras⁸ y de carácter técnico-administrativas⁹, las cuales se encuentran previstas y reglamentadas a través del artículo 3¹⁰ de la Resolución 2003 de 2014¹¹.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, relacionado con: *“Es viable legalmente que las IPS presten servicios de salud bajo el esquema de aseguramiento prepagado, sin la intervención de entidades intermediarias como lo son las entidades de medicina prepagada o aseguradoras”*, interrogante contenido en el punto No. 1 de su consulta, nos permitimos indicarle que esto no resulta viable, por cuanto las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS, no tienen la competencia ni están facultadas legalmente, para prestar servicios de aseguramiento en salud en la modalidad de Medicina Prepagada, toda vez que su objeto o función principal es la prestación de servicios de salud a aquellas personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en salud o a la población no asegurada y no el aseguramiento.

La anterior conclusión tiene asidero, en el hecho de que el numeral 169.2 del artículo 169 de la Ley 100 de 1993, sustituido por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, prevé que los Planes de Medicina Prepagada de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, deben ser emitidos por entidades de Medicina Prepagada, sin que la norma

⁷ **“Artículo 7º.** Condiciones de capacidad tecnológica y científica. Las condiciones de capacidad tecnológica y científica del Sistema Único de Habilitación para Prestadores de Servicios de Salud serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social.”

⁸ **“Artículo 8º.** Condiciones de suficiencia patrimonial y financiera. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.”

⁹ **“Artículo 9º.** Condiciones de capacidad técnico-administrativa. Son condiciones de capacidad técnico-administrativa para una Institución Prestadora de Servicios de Salud, las siguientes: 1. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica. 2. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.”

¹⁰ **“Artículo 3.** Condiciones de habilitación que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud. Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones: 3.1.Capacidad Técnico-Administrativa. 3.2. Suficiencia Patrimonial y financiera. 3.3. Capacidad Tecnológica y Científica.”

¹¹ *“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”.*



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411200249351**

Fecha: **26-02-2014**

Página 4 de 7

haya previsto que los mismos puedan ser organizados por Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS.

Frente a las inquietudes contenidas en el punto No. 2 de su escrito, la respuesta fue dada con el primer interrogante.

En cuanto a lo expuesto en el punto No.3 de su consulta: *“en caso negativo, esto es, que NO sea viable legalmente la prestación de servicios de salud directamente con la IPS bajo el esquema de aseguramiento prepagado, ¿qué alternativas tendría la IPS para ofrecer un servicio de salud bajo el esquema planteado?”*:

- a) *¿La IPS debe convertirse en una entidad de medicina prepagada? En caso tal ¿qué requisitos legales se debe cumplir para tal efecto?*
- b) *¿La IPS debe convertirse en una entidad aseguradora de vida con un ramo de salud?”*

Tal y como ya se explicó, una IPS, no puede prestar el servicio de salud bajo el esquema de medicina prepagada. En este evento, si se quiere prestar un servicio de esta naturaleza, deberá crearse una institución ajena a la IPS, constituida con el fin expreso de garantizar un servicio de aseguramiento de Medicina Prepagada, caso en el cual la entidad que se cree para el efecto deberá ajustarse a los requerimientos y condiciones establecidas en los Decretos 1570 de 1993¹², 1485 de 1994¹³, 1486 de 1994¹⁴, 806 de 1998¹⁵, 783 de 2000¹⁶, 800 de 2003¹⁷ y 308 de 2004¹⁸, la Circular Única 049 de 2008 de la Superintendencia Nacional de Salud, modificatoria de la Circular Única 047 de 2007 y la

¹² “Por el cual se reglamenta la ley 10 de 1990 en cuanto a la organización y funcionamiento de la medicina prepagada”.

¹³ “Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud”.

¹⁴ “Por el cual se reglamenta el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto a la organización y funcionamiento de la Medicina Prepagada, se modifica el Decreto 1570 de 1993 y se dictan otras disposiciones”.

¹⁵ “Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional”.

¹⁶ “Por el cual se modifican los Decretos 1486 de 1994, 1922 de 1994, 723 de 1997, y 046 y 047 de 2000 y se dictan otras disposiciones”.

¹⁷ “Por el cual se reglamentan la Ley 10 1990, en cuanto a la organización y el Funcionamiento de la medicina prepagada y la *Ley 100 de 1993, en lo relacionado con los planes complementarios, se modifica el inciso 1 del Decreto 1570 de 1993 y se deroga el Decreto 1615 de 2001”.

¹⁸ “Por el cual se modifica el artículo 1° del Decreto 800 de 2003”.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411200249351

Fecha: 26-02-2014

Página 5 de 7

Ley 1438 de 2011, debiendo contar el plan de medicina prepagada con la respectiva aprobación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Ahora bien, respecto del literal b) de su interrogante No. 3, sobre si, “¿La IPS debe convertirse en una entidad aseguradora de vida con un ramo de salud?”, y a pesar de que el mismo no es muy claro, consideramos que se debe estar a lo dispuesto en el numeral 169.3 del artículo 169 de la Ley 100 de 1993, sustituido por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, el cual prevé que toda póliza de seguros de salud debe ser emitida por una compañía de seguros vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia; norma esta que impide la posibilidad de que una I.P.S, pueda emitir pólizas de seguros de salud, toda vez que dicha actividad esta reservada solamente para las compañías de seguros.

Frente al interrogante contenido en el punto No. 4, que refiere a “una entidad de medicina prepagada que presta servicios de ambulancia prepagada puede incluir en su portafolio servicios de salud ambulatorios, tales como urgencias odontológicas, laboratorios, consulta general, etc. En caso positivo, indicar ¿qué requisitos se debe cumplir para el efecto?”, señalamos lo siguiente:

De acuerdo con el numeral 1.3 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud contenido en la Resolución 2003 de 2014¹⁹, así como el artículo 16 ibídem, respecto a los servicios de ambulancia, previeron lo siguiente:

“1.3. Prestadores de Servicios de Salud

(...)

Servicio de Transporte Especial de Pacientes. Son las IPS o personas naturales que prestan servicios de salud cuyo objeto es el traslado de los pacientes a los servicios de salud correspondientes, de conformidad con el requerimiento de atención en virtud de la patología o trauma padecido.

(...)

“Artículo 16. **Transporte Especial de Pacientes.** Las entidades que vayan a ofertar el transporte asistencial en las tipologías aérea, fluvial o marítima, habilitarán el servicio que vayan a prestar en la sede que hayan definido como principal. Dicha habilitación producirá efectos en todo el territorio nacional, sin que se requiera inscripción en cada una de las Entidades Departamentales o Distritales de Salud en las cuales vayan a prestar el servicio”. (Negrillas fuera de texto).

¹⁹ “Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud”



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411200249351**

Fecha: **26-02-2014**

Página 6 de 7

Conforme lo anterior, cuando una institución presta servicios de ambulancia dentro del Registro Especial de Pacientes (REPS), esto corresponde a la prestación de un servicio de Transporte Especial de Pacientes, bajo la definición de “*traslado de pacientes*”.

Por otra parte, en el numeral 2.3.2.8., del Manual en comento incluido dentro de la Resolución 2003 de 2014, se describe que el transporte especial de pacientes se puede realizar como traslado asistencial básico o traslado asistencial medicalizado, así:

“2.3.2.8. Transporte asistencial

(...)

Servicio: Transporte Asistencial Básico (...)

*Descripción del servicio: **Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna al paciente durante el desplazamiento***

(...)

Servicio: Transporte Asistencial Medicalizado (...)

*Descripción del servicio: **Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial o aéreo, que se encuentra críticamente enfermo y que debe contar con una dotación de alto nivel tecnológico para dar atención oportuna y adecuada a pacientes cuya patología amerite el desplazamiento en este tipo de unidades**”. (Negrillas fuera de texto)*

De acuerdo a lo anterior, se concluye entonces que los servicios de ambulancia no corresponden a la prestación de un servicio ambulatorio de salud.

Esto correspondería a la prestación de un servicio de transporte asistencial de pacientes en la modalidad terrestre, el cual se encuentra descrito en el aparte de modalidades de prestación contenido en el numeral 2.3.2.11 del Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de servicios de salud contenido en la Resolución 2003 de 2014, así:

“(...)

Modalidad: (Extramural) Atención en unidad móvil terrestre

Descripción de la modalidad: Es la prestación de servicios de salud que utiliza un medio de transporte terrestre, que es adaptado para la prestación de servicios de salud. La unidad móvil terrestre no podrá prestar servicios de internación, de urgencias ni de atención de partos”.



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: **201411200249351**

Fecha: **26-02-2014**

Página 7 de 7

Por lo demás, es de aclarar que cada prestador es quien define los servicios que va a ofertar y por tanto habilitar, aclarando que los que decidan inscribir deberán cumplir con las exigencias de la norma.

De lo anteriormente expuesto y conforme con lo reglado para el servicio de transporte especial de pacientes en la Resolución 2003 de 2014, emitida por este Ministerio, se concluye entonces que el servicio de ambulancia tiene como objetivo principal el traslado del paciente, bajo la modalidad de traslado asistencial básico o medicalizado, caso en el cual y conforme con lo expresado, no incluye dentro de él la prestación de servicios ambulatorios de Salud.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 25 del Decreto 01 de 1984²⁰.

Cordialmente,

OLGA LILIANA SANDOVAL RODRIGUEZ

Subdirectora de Asuntos Normativos

Dirección Jurídica

Elaboró: Luz Dary N
Revisó: E. Morales
Aprobó: Olga Liliana S.

Ruta electrónica:1201342301435132_00001.docx(JOSÉ ANTONIO VEGA CRUZ) 22/05/2015 10:55:52 a.m.

²⁰ "Consejo de Estado, Sala de Consulta y Servicio Civil, radicación interna: 2243- Número Único: 11001-03-06-000-2015-00002-00 del 28 de enero de 2015."