

**PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD: LA MEDICINA PREPAGADA EN  
COLOMBIA**

**MANUELA PELÁEZ BETANCUR**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS  
FACULTAD DE DERECHO  
MEDELLÍN  
2019**

**PLANES VOLUNTARIOS DE SALUD: LA MEDICINA PREPAGADA EN  
COLOMBIA**

**VOLUNTARY HEALTHPLANS: PREPAID HEALTHCARE IN COLOMBIA**

**MANUELA PELÁEZ BETANCUR <sup>1</sup>**

**Trabajo de grado para optar al título de abogado**

**Director:**

**Carlos Andrés Gómez García**

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA  
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS  
FACULTAD DE DERECHO  
MEDELLÍN  
2019**

---

<sup>1</sup> Egresada no graduada de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad Pontificia Bolivariana de la ciudad de Medellín, Colombia; bachiller académico del Colegio Parroquial San Buenaventura. Correo electrónico: manuelapelaez5@hotmail.com

## **Resumen**

El artículo académico que se desarrolla a continuación versa sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y más específicamente a los Planes Voluntarios de Salud, con un enfoque en la Medicina Prepagada.

A nivel nacional se han presentado cambios trascendentales para el sector de la Salud y se han brindado soluciones para mejorar el acceso a la Salud, por lo que se han creado Planes Voluntarios que permiten compensar la crisis que sufre el Sistema de Salud y liberar más recursos para la atención del subsidiado y a su vez permite a quienes hacen parte de los servicios de Medicina Prepagada, Planes Complementarios y Pólizas satisfacer necesidades específicas que proveen estos servicios.

Es un tema bastante relevante de la Seguridad Social en Salud estudiar a fondo todo lo que abarca la Medicina Prepagada en Colombia, su desarrollo legal, normativo y jurisprudencial y comprender porque los planes voluntarios de salud fueron la solución que el legislador buscó para brindar cobertura integral en salud a los habitantes del territorio nacional.

Así mismo y, bajo el imperio de las nuevas leyes, se busca estudiar y analizar la Medicina Prepagada, sus beneficios, su estipulación contractual, similitudes y diferencias con otros planes voluntarios de salud, y la importancia de este tipo de servicios.

Mi interés en este tema se da debido a que en la práctica laboral estuve inmersa en la transición de una empresa de Servicio de Ambulancia Prepagada a una entidad de Medicina Prepagada, el conocimiento adquirido en este tema y las dudas continuas que se generan en los usuarios sobre los beneficios adicionales que puede tener este servicio voluntario de salud.

El objetivo de este artículo es que estudiantes, abogados o usuarios del sistema que lean este artículo, puedan conocer desde una mirada amplia la Medicina Prepagada, su desarrollo jurisprudencial, beneficios y características.

**Palabras clave:** Salud, Medicina Prepagada, Contrato, Derecho a la Salud, Derecho médico, Sistema General de Seguridad Social en Salud.

### **Abstract**

The academic article that develops next deals with the General System of Social Security in Health, and more specifically with the Voluntary Health Plans, with a focus on Prepaid Medicine.

At the national level, important changes have been made to the health sector and solutions have been provided to improve access to health, for which Voluntary Plans have been created that make it possible to compensate for the crisis suffered by the health system and free up more resources for the attention of the subsidy and in turn allows those who are part of the services of Prepaid Medicine, Complementary Plans and Policies.

It is a very relevant issue of social security in health, deep down, in the network, in the preparation of medicine, in legal, normative and jurisprudential development, and in health plans. in health to the inhabitants of the national territory.

Likewise, under the rule of the new laws, we seek, study and analyze medicine, information, benefits, conditions and differences with other health plans, and the importance of this type of services.

My interest in this subject is due to the fact that in the work practice I was immersed in the transition from a Prepaid Ambulance Service company to a

Prepaid Medicine entity, the knowledge acquired in this topic and the continuous doubts that are generated in the users. about the additional benefits that this voluntary health service can have.

The objective of this article is that students, lawyers or users of the system that read this article, can learn from a broad view of Prepaid Medicine, its jurisprudential development, benefits and characteristics.

**Key words:** Health, Prepaid Healthcare, , Contract, right to health, medical law, General System of Social Security in Health.

## **Introducción**

En Colombia, el Sistema Nacional de Salud con la Ley 9 de 1973 revistió al Presidente de la República de facultades extraordinarias para reorganizar el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública; se estructuró centralizadamente el sistema y se integró en subsectores, posterior con la promulgación de la Constitución Política de Colombia de 1991 se insertaron los ejes fundamentales que originan la reforma del Sistema de Seguridad Social y se culminó con la Ley 100 de 1993.

Con la expedición de la ley 100 se incluyó el sistema general de pensiones, riesgos profesionales, servicios sociales complementarios y el sistema de seguridad social en salud, este último con el fin de proporcionar una cobertura integral de las contingencias de salud para toda la población, desde los sistemas de salud financiados con ingresos tributarios y públicos, hasta los financiados por empleados y empleadores a fondos de protección de salud, es decir, mediante un régimen contributivo y uno subsidiado. La medicina Prepagada aparece en el contexto nacional alrededor de los años 70, El Sistema Nacional de Salud, que regulaba la atención y cobertura en Salud, se había estructurado como un modelo que unía varias modalidades de servicios de salud como: Las cajas de compensación, las secretarías de salud, Los seguros sociales, hospitales locales, entre otros; debido a la baja cobertura y calidad de atención se crearon servicios adicionales de salud,

Los colombianos han tenido que enfrentarse a limitantes para acceder a los servicios de salud, el legislador en vista de esta necesidad, intento buscar una solución por medio de la creación de diferentes normatividades para brindar cobertura integral en salud a todos los Colombianos, a través de la medicina prepagada, el servicio de ambulancia prepagada (SAP), entre otros.

La medicina prepagada, los planes complementarios y las pólizas poseen una cobertura mayor, donde el usuario tiene derecho a los servicios contratados con la empresa de medicina prepagada con la cual se haya suscrito un determinado contrato en el que se estipulan los derechos y obligaciones de ambas partes y el valor determinado que debe ser pagado anticipadamente, según el Decreto 800 de 1992, y bajo la supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud que es el garante de las condiciones contractuales y de precio

Por medio del presente artículo se buscará poner en contexto a todas las personas de la importancia de la medicina prepaga y todo lo que de ella se deriva, hacer un análisis sobre su realidad, normatividad y responsabilidad, basado en la realización de la práctica empresarial en la entidad EMPRESA DE MEDICINA INTEGRAL EMI S.A.S.

## **1. La Seguridad Social en Colombia**

La ley 100 de 1993 , por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y en especial el Sistema General de Seguridad Social en Salud, establece en su artículo 153 modificado por el artículo 3 de la ley 1438 de 2011, que son principios del mencionado sistema de salud, entre otros, los siguientes: (i) el de la universalidad, esto es, la cobertura a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida, (ii) el de la obligatoriedad de manera que la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

Dentro de ese Sistema General de Seguridad Social en Salud, la ley 100 de 1993 también creó las Entidades Promotoras de Salud, que de conformidad con el artículo 177 “... *son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de*

*Solidaridad y Garantía. Su función básica será **organizar y garantizar, directa o indirectamente**, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la presente Ley.*

Así mismo, son funciones de las Entidades Promotoras de Salud, acorde al artículo 178 de la ley 100 de 1993, las siguientes:

*“... 1. **Numeral modificado por el Decreto 131 de 2010, artículo 43.** (éste declarado inexecutable por la Corte Constitucional en la Sentencia C-289 de 2010). Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, del régimen contributivo, continuarán siendo responsables por la labor de recaudo de las cotizaciones, sin perjuicio de que esta operación físicamente se realice de manera electrónica y que los efectos del recaudo así realizado en materia de compensación se generen de manera automática, de conformidad con el reglamento que para el efecto se expida.*

*Texto inicial del numeral 1.: “Ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.”.*

*2. Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la Seguridad Social.*

*3. Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las Empresas Promotoras de Salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de Ley. (Nota: Numeral desarrollado por el Decreto 2089 de 2015 y por el Decreto 3045 de 2013).*



4. Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las Instituciones Prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

5. Remitir al Fondo de Solidaridad y Compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios.

6. Establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Para los efectos que nos interesa resaltar, el artículo 179 establece que las entidades promotoras de salud, “...Para garantizar el Plan de Salud Obligatorio a sus afiliados, las entidades promotoras de salud prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con instituciones prestadoras y los profesionales. Para racionalizar la demanda por servicios, las entidades promotoras de salud podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Cada entidad promotora deberá ofrecer a sus afiliados varias alternativas de instituciones prestadoras de salud, salvo cuando la restricción de oferta lo impida, de conformidad con el reglamento que para el efecto expida el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

La ley 100 de 1993, a través del artículo 162 y dentro del mismo desarrollo del tema, también creo el Plan Obligatorio de Salud, indicando que en el Sistema General de Seguridad Social de Salud se crearían las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional. “...Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad

*general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan...”.*

En otras palabras las Entidades Promotoras de Salud son las entidades obligadas y quienes tenían la responsabilidad de brindar a sus afiliados la atención del Plan Obligatorio de Salud, bien directamente o bien contratando a Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y profesionales de la salud para el efecto.

El artículo 157 de la misma ley, establecía los tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Señalando que todo colombiano participaría en el servicio esencial de salud que permitía el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Unos en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros en forma temporal como participantes vinculados.

Se establecía entonces que eran afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, mediante el régimen contributivo *las personas vinculadas a través de contrato de trabajo*; todas las personas que poseen capacidad económica para contribuir al sistema en contraprestación de la atención en los servicios legales de salud y mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la ley, las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización, “está diseñado para brindar atención a la población más pobre y vulnerable de la sociedad, se financia a través de dineros fiscales y del mismo fondo de solidaridad del sistema” (Gómez García & Builes Velásquez , 2018). Serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

“En febrero del 2015, el Congreso de la República promulgó la Ley Estatutaria 1751 con el fin de proclamar la salud en Colombia como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable a cada persona. Para cumplir con su fin,

esta ley introdujo cambios importantes al Sistema de Salud, tales como la eliminación del Plan Obligatorio de Salud, la creación de mecanismos idóneos para la protección y prevención del derecho, la aplicación de principios rectores al sistema de salud en general, entre otras directrices. Otorgó un término de dos años, contados desde su promulgación, para que el Gobierno Nacional regulara todo lo concerniente a la aplicación, introducción y estructuración de la ley en el Sistema, y especialmente con el tema de exclusiones y autorizaciones de bienes y servicios dentro del mismo” (Gómez García & Builes Velásquez , 2018) aunque en la actualidad el POS se convirtió en Mypres, en el argot popular se sigue hablando del POS y el No POS, por lo tanto, el término no ha sido erradicado y sigue siendo igual en su forma.

## **2. Planes voluntarios de salud**

Los Planes Voluntarios de Salud son un conjunto de servicios y beneficios a los cuales cualquier persona puede acceder de forma voluntaria, y que por regla general son adicionales a los garantizados por la Entidades Promotoras de Salud –EPS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ahora bien, establece la ley 100 de 1993 en su artículo 169, sustituido por el artículo 37 de la ley 1438 de 2011, **los planes voluntarios de salud**. Indicando que podrán incluir coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, serán contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias o el subsidio a la cotización.

La adquisición y permanencia de un Plan Voluntario de Salud implica la afiliación previa y la continuidad mediante el pago de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Tales Planes podrán ser:

- Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.
- Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera.
- Otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud.

Adicionalmente, el **decreto 806 de 1998**, establece en su artículo 17, que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios que en el decreto se denominaban Planes Adicionales de Salud y que hoy debemos entender y denominar como planes voluntarios de salud son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares.

Se señala que estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

En el artículo 20 del decreto se establece que los planes voluntarios de salud, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios. Así mismo, las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

También se prescribe que cuando una entidad autorizada a vender dichos planes, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

El artículo 25 del decreto mencionado establece que serán afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, todos los residentes en Colombia que se encuentren afiliados al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado y los vinculados temporalmente según lo dispuesto en dicho decreto.

A su vez, el artículo 26 establece que serán afiliados al Régimen Contributivo, las personas con capacidad de pago mediante el cubrimiento de una cotización o aporte económico previo, el cual será financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

### **3. La Medicina Prepagada**

El estado, se ha preocupado por los ciudadanos y ha desarrollado y regulado temas de vital importancia como la salud, aun así este tema en concreto no ha podido satisfacer, ni garantizar la cobertura total del derecho fundamental de la salud.

En vista de esto, el estado brindó la posibilidad a los particulares de desarrollar actividades comerciales que brindarán cobertura y protección de salud a los ciudadanos, y gracias a esto los servicios privados de atención medica

integral que se han desarrollado en Colombia, constituyen, sin duda, uno de los cambios más revolucionarios en la salud colombiana

Se crearon servicios de atención médica por medio de instituciones creadas con el fin de llenar los vacíos de los servicios de salud existentes, con una alta calidad de medicina, de costos accesibles a una parte de la población y usando estrategias innovadoras para la ampliación de cobertura y en algunos casos, entidades que buscan darle a los usuarios beneficios adicionales y facilidad de acceso al servicio por movilidad, rapidez en el servicio, entre otros.

“El concepto de atención médica integral, constituye tal vez uno de los aspectos fundamentales en el nuevo sistema. La atención integral incluye no solo los servicios hospitalarios como los tienen las pólizas tradicionales de hospitalización y cirugía sino, además, toda la complejidad de la atención ambulatoria (consulta externa con todos sus servicios de apoyo de alta tecnología, laboratorios, escenografías, ecografías, etc.), servicios de urgencia oportunos en todas las clínicas de alto nivel científico de la ciudad, la prestación de servicios por grupos profesionales de los mayores niveles académicos y asistenciales, todos los servicios paramédicos y un complemento fundamental, como son, los servicios de medicina preventiva. No se trata solamente de curar enfermos, sino de mantener sanos a los usuarios del sistema”. (¿Que son los fondos de inversión de prestaciones? , 1991)

Por otro lado, este sistema busca brindar una alta calidad de los servicios prestado, brindando a los usuarios un acceso inmediato al sistema cuando el paciente lo requiera, por lo tanto una de las características principales de la medicina prepagada es la “oportunidad”, la “humanización” es otro aspecto fundamental ya que estas entidades buscan que el paciente- médico logren una mejor relación, motivo por el cual los usuarios se sentirán más cómodos y mejor atendidos, y por esa razón están dispuestos a realización un prepago de los

servicios para esta atención médica integral que es la suma que cobran las entidades anticipadamente para el acceso al servicio.

Por medio de este sistema se busca cubrir un mayor número de usuario y brindar mayor cobertura, desde la experiencia laboral con la compañía GRUPO EMI S.A.S se pretende abarcar la mayor extensión de cobertura posible y esto se ha logrado a través de la Medicina Prepagada Domiciliaria, adicional a todas las características beneficiosas del servicio tradicional, entregar a los usuarios una atención desde la comodidad de su casa con el médico especialista requerido por el paciente para su caso especial. Por lo tanto el fin que se ha buscado con estos servicios de medicina prepagada ha sido completamente alcanzado y ha permitido la incorporación de grandes grupos de colombianos a estos programas que en las condiciones tradicionales, no hubiese sido posible.

#### **4. Diferencias entre POS, PAC, Pólizas de Salud y Medicina Prepagada**

En el sistema de salud actual y de acuerdo a los cambios que introdujo la ley 100 de 1993, y sabiendo ya que los ciudadanos tienen diversas posibilidades de afiliación al sistema, nos adentramos a analizar la diferencia entre el POS, PAC, Pólizas de Salud Y la Medicina Prepagada.

Con el fin de analizar las diferencias sustanciales entre estos tres planes, es importante establecer que, el eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud "POS", que corresponde conjunto de servicios para la atención en salud que todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene derecho, busca la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general; La Medicina Prepagada, es una forma de atención médica y de prestación de servicios de salud prepago, sujeto a la exclusión o preexistencias médicas y son contratados y

financiados de manera voluntaria por el usuario; por otro lado; el Plan de atención complementaria “PAC” es prestado únicamente por la EPS, con su misma red, pero garantizado un complemento al proceso de atención.

“Los sistemas muestran diferencias sustanciales entre el POS y La Medicina Prepagada, podemos mencionar la estructura y alcance de la cobertura: en el sistema de medicina prepagada, la cobertura definida contractualmente prevé restricciones al servicio considerando enfermedades preexistentes; en el plan obligatorio es más amplio ya que cubre enfermedades preexistentes al igual que las congénitas”. (Lozano Jiménez , 2003)

Ambos sistemas tienen similitudes y diferencias; tienen como punto de partida que los usuarios para el caso del Plan Obligatorio de Salud deben cumplir con períodos mínimos de cotización que se miden en meses; que en el sistema de Medicina Prepagada se denominan períodos de carencia, se entiende que durante el cumplimiento de estos hay carencia en la prestación y cobertura de los servicios, definidos puntualmente dentro del contrato suscrito con el usuario. Vale la pena aclarar que los períodos aludidos constituyen un axioma para toda estructura del aseguramiento y lo que pretenden es crear un colchón financiero para que, cuando la cobertura y plenitud de derechos se adquiera por el usuario, la empresa de Medicina Prepagada o la Empresa Promotora de Salud cubran sin sobresaltos la totalidad del evento médico, cumpliendo con la obligación contractual y conforme a los derechos adquiridos por los usuarios. (Navarrete Barrero, 2000)

Como diferencia fundamental se puede resaltar la estructura y el alcance de la cobertura; en el sistema de medicina prepagada, la cobertura que se establece contractualmente prevé restricciones al servicio considerando enfermedades, eventualidades e insumos excluidos de cobertura, al igual que las enfermedades preexistentes. En el Plan Obligatorio de Salud la cobertura de los servicios en términos de amparos del plan, es más amplio que el de medicina prepagada ya



que cubre las enfermedades preexistentes a la afiliación, al igual que las congénitas. (Lozano Jiménez , 2003)

Por lo antes mencionado, se podría considerar que el sistema de medicina prepagada está en desventaja frente al Plan Obligatorio de Salud (POS) en razón de la cobertura de servicios, dando la impresión de que la cobertura es ilimitada en comparación con aseguramiento definido por los planes de medicina prepagada; aun así de acuerdo al conocimiento obtenido por la entidad GRUPO EMI S.A.S este tipo de preexistencias y exclusiones pueden darse o no, por lo tanto, dentro del Plus que brinda la entidad, está el que estas limitaciones no serán tenidas en cuenta para la afiliación de los usuarios.

Por otro lado es importante precisar que entre La Medicina Prepagada y los Planes de Atención Complementaria, existen diferencias y similitudes, “en el plan complementario no existen preexistencias y al igual que el de Medicina Prepagada es financiado en su totalidad y contratado voluntariamente por el usuario; razón por la cual, deberá revisar de manera detallada las condiciones contractuales, costos y periodos de carencia para evitar inconvenientes futuros” (SuperSalud, 2017).

Ademas de los anteriormente mencionados, las Pólizas de Salud y los contratos de Medicina Prepagada, suelen ser similares en algunos aspectos pero distan mucho de ser iguales, pues la estructura legal y los modelos de negocio de sus proveedores son diferentes por el modelo de acceso al servicio y podría decirse que las coberturas de las pólizas marcan esta diferencia ya que estas se han enfocado a través de la historia a cubrir todo aquello que puede generar detrimento patrimonial y en específico lo relacionado con las enfermedades de alto costo; las pólizas de seguros son planes ofertados por las aseguradoras, cuya principal diferencia respecto a los PAC y Medicina Prepagada es que la tarifa se ajusta de acuerdo a su siniestralidad o uso de servicios.

“En la Medicina Prepagada se accede únicamente a través del directorio médico que ofrece la compañía, mientras que en las pólizas a pesar de que ofrecen un directorio médico, el usuario puede acceder de forma particular a diferentes especialistas, clínicas y centros de diagnóstico que no hacen parte del directorio y en esos casos se reembolsa el dinero hasta el valor contratado” (Coonecta Seguros); también es importante destacar que la supervisión estatal esta a cargo de diferentes entes, la Medicina Prepagada es supervisada por la Superintendencia de Salud y las Pólizas de Salud por la Superintendencia Financiera. Ambos planes voluntarios comercializados por las Medicina Prepagada o por la Aseguradoras tienen como característica el acceso a los servicios médicos sin que medie el escalonamiento que de la EPS.

## **5. El contrato de servicios**

Respecto de la naturaleza Jurídica de los Planes Adicionales, la Corte Constitucional se ha pronunciado de manera reiterada, en el sentido que esta clase de planes, son contratos que se rigen por el derecho privado, por tal razón, debe traerse a colación lo expresado por esa Corte en algunos apartes de la Sentencia T – 563 de 200913, donde expresa que, el contrato de medicina prepagada se caracteriza por ser un contrato bilateral, en el que las partes se obligan mutuamente a través de cláusulas preestablecidas en los términos aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud y respecto de las cuales la parte manifiesta su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto.

El contrato de Medicina Prepagada, se celebra entre dos partes; una persona llamada Usuario y otra llamada Empresa de Medicina Prepagada, en favor de quien se paga un valor del servicios y según el artículo 1° del Decreto 1570 de 1993, se define como:

*“6. Contrato de servicios. Documento que suscriben las empresas de medicina prepagada con los contratantes, para regular los derechos y las obligaciones derivados de la gestación de los servicios de medicina prepagada”.*

Lo que nos llevaría a entender que para la existencia de un contrato de Medicina Prepagada se requerirá el solo acuerdo de voluntad de las partes que haya sido expresado de forma debida por las partes, aun así este tipo de contrato es accesorio teniendo en cuenta que la normatividad requiere que el usuario que solicita el servicio, tenga ya suscrito un Plan Obligatorio de Salud (POS) y esto tiene su razón de ser en que la Medicina Prepagada es un plan complementario, esto se encuentra contemplado en el Decreto 806 de 1998:

*“ARTÍCULO 20. Usuarios de los PAS. Los contratos de planes adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.*

*Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan*

*PARÁGRAFO. Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato,*

*quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida”*

Es importante resaltar que, aunque el contrato es accesorio, este no puede desaparecer en cualquier momento porque de acuerdo al Decreto 1486 de 1994 en su artículo 7o. establece que:

*“7. Contratos con los Usuarios - Requisitos Mínimos. El contrato debe contener mención expresa sobre su vigencia que no podrá ser inferior a un (1) año, el precio acordado, su forma de pago, el nombre de los usuarios y la modalidad de aquél”.*

Dentro de este tipo de contratos se ha observado que existen dos clases de servicios que presta la Medicina Prepagada: servicios generales y servicios especializados, adicional a aquellos que dentro de su objeto social puedan prestar; desde la mirada de GRUPO EMI S.A.S y su prestación de servicio, dentro de estos tipos de planes se incluirían también la prestación del servicio domiciliario de urgencias y emergencias médicas, que como se mencionaba anteriormente, brinda un Plus al servicio común prestado por otras entidades.

Por otro lado, es indispensable entender que los servicios brindados por la Medicina Prepagada, se deben cancelar por medio de una cuota moderadora, un pago compartido o deducible, lo cual establece el artículo 187 de la Ley 100 de 1993, así:

*“ARTÍCULO 187. DE LOS PAGOS MODERADORES. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud estarán sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras\* y deducibles. Para los afiliados cotizantes, estos pagos se aplicarán con el exclusivo objetivo de racionalizar el uso de servicios del sistema. En el caso de los demás*

*beneficiarios, los pagos mencionados se aplicarán también para complementar la financiación del Plan Obligatorio de Salud*

*En ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres. Para evitar la generación de restricciones al acceso por parte de la población más pobre. Tales pagos para los diferentes servicios serán definidos de acuerdo con la estratificación socioeconómica y la antigüedad de afiliación en el Sistema, según la reglamentación que adopte el Gobierno Nacional, previo concepto del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.*

*Los recaudos por estos conceptos serán recursos de las Entidades Promotoras de Salud, aunque el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud podrá destinar parte de ellos a la subcuenta de Promoción de la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía.*

*PARÁGRAFO. Las normas sobre procedimientos de recaudo, definición del nivel socioeconómico de los usuarios y los servicios a los que serán aplicables, entre otros, serán definidos por el Gobierno Nacional, previa aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”:*

De igual manera, esos pagos no son incompatibles con las cuotas moderadoras de la Medicina Prepagada, lo que se puede deducir del artículo 1° del Decreto 783 de 2000.

*“Artículo 1°. El artículo 12 del Decreto 1486 de 1994 quedará así: La Superintendencia Nacional de Salud deberá aprobar los programas de copagos y pagos moderadores que pretendan desarrollar las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada y definirá la forma como se le deberá suministrar al usuario información al respecto.*

*Para el efecto las entidades de medicina prepagada estarán sometidas al régimen general o de autorización previa que para el efecto disponga la Superintendencia Nacional de Salud".*

## **6. Exclusiones y preexistencias**

En virtud de la autonomía privada, las entidades de medicina prepagada pueden excluir del contrato ciertas enfermedades y patologías que el usuario padezca al momento de la suscripción del acuerdo. Sin embargo, estas excepciones a la cobertura deben derivarse del examen médico previo a su celebración. En consecuencia, todas las enfermedades que no se hayan diagnosticado en ese preciso momento no pueden ser excluidas del contrato durante su vigencia y, por tanto, las entidades de medicina prepagada están en la obligación de cubrirlas.<sup>2</sup>

La Corte Constitucional en apartes de la Sentencia T-802/13, la Corte Constitucional, expresó:

*"(...) Se entiende por "preexistencia" la enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se diagnostique durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. Así mismo, las "exclusiones" deberán quedar expresamente previstas en el contrato. Sobre el particular se deberán precisar las enfermedades, procedimientos y exámenes diagnósticos específicos que se excluyan, y el tiempo durante el cual no estén cubiertos por parte de la entidad de medicina prepagada. Las exclusiones que no se consagren expresamente no podrán oponerse al usuario. Con fundamento en lo anterior, la Corte Constitucional ha manifestado en diferentes pronunciamientos, que desde el momento mismo*

---

<sup>2</sup> Corte Constitucional, Sentencia T-140 del 27 de febrero de 2009, MP. Mauricio González Cuervo

*de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia de las enfermedades, padecimientos, dolencias y quebrantos de salud que ya venían sufriendo los beneficiarios del servicio, que por ser preexistencias, no quedarán amparados dentro del mismo.*

*La jurisprudencia de esta corporación ha señalado que previamente a la celebración de un contrato de medicina prepagada, la compañía contratante, que cuenta con el personal calificado y acceso a los equipos necesarios, tiene la obligación de practicar a los futuros usuarios los exámenes correspondientes, para determinar con claridad las enfermedades o dolencias de estos, que por ser preexistentes serían excluidas del contrato. Tales excepciones de cobertura no pueden estar señaladas en forma genérica, pues la compañía tiene la obligación de determinar, por medio de los exámenes previos a la suscripción del contrato, “cuáles enfermedades congénitas y cuáles preexistencias no serán atendidas en relación con cada usuario”*

*(...) A juicio de esta Corte, la compañía desconoce el principio de buena fe (artículo 83 Const.), también inmanente en la prestación de todo servicio público y que, por ende, debe presidir las relaciones contractuales, resultando lesiva contra derechos fundamentales como los reclamados, la utilización de tácticas de elusión del compromiso de oportuna atención de requerimientos de salud, con la aducción unilateral de posibles preexistencias, que pudieron haber sido detectadas previamente a la celebración del contrato. Es evidente que lo expuesto descarta la opción de que, en el curso del contrato, la compañía varíe, en desmedro de la situación del usuario, las condiciones pactadas y pretenda, con base en conceptos médicos ulteriores, usualmente emanados de profesionales a su servicio, excluir de cubrimiento una dolencia o afección detectada cuando ya se estaba ejecutando el convenio, que infiere que se venía gestando,*

*madurando o desarrollando desde antes de la contratación, sin que el paciente estuviere en condiciones de saberlo con antelación....”*

Por lo tanto, la entidad contratante puede definir la inclusión de los periodos de carencia o preexistencias, los cuales serán aplicables conforme a lo pactado en el contrato.

Con lo anterior dicho, el tema de exclusiones y preexistencias dependen de la autonomía de cada entidad y por lo tanto pueden existir entidades de Medicina Prepagada, como es el caso de GRUPO EMI S.A.S que dentro de su contrato no incluyan exclusiones y preexistencias para limitar el acceso al servicio, generando de esta manera una amplitud de cobertura en el sistema.

Es importante recordar que la Medicina Prepagada a diferencia del PAC tiene la posibilidad de otorgar prestaciones que no son necesariamente de salud, por ejemplo servicios de Veterinaria, entre otros, por lo tanto el POS, el PAC, las Pólizas de Salud, al tener diferentes características en su prestación del servicio, pueden conllevar a un manejo diferencial en el tema de exclusiones y preexistencias.

## **7. Regulación sobre el reconocimiento de incapacidades**

Ahora bien, después de entender lo anterior, es necesario entrar a analizar lo relativo a las incapacidades toda vez que es una de las mayores problemáticas en el sistema donde se brindan servicios voluntarios adicionales. El artículo 206 de la ley 100 de 1993<sup>3</sup> trae La regulación sobre el reconocimiento de incapacidades

---

<sup>3</sup> “ARTICULO. 206.-Incapacidades. Para los afiliados de que trata el literal a) del artículo 157, el régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las empresas promotoras de salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en enfermedad profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las entidades promotoras de salud y se financiarán con cargo a



no transcritas por la EPS o ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Dicho artículo señala que es el sistema, a través de las EPS, quien reconoce las incapacidades por enfermedad general a los afiliados al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La regla general es que la incapacidad debe ser reconocida por la EPS una vez esta es expedida por el profesional adscrito o perteneciente a la misma. En el caso de la misma sea concedida por una institución ajena a la EPS, esta debe ser transcrita.

Dicha transcripción se ha entendido como el trámite en virtud del cual la EPS traslada al formato oficial de la entidad, el certificado expedido por el médico u odontólogo en ejercicio legal de su profesión no autorizado por la EPS. Si la EPS decide transcribir la incapacidad emitida por una institución ajena a su red de prestadores de servicios, esta deberá reconocer la prestación económica derivada de la misma siempre que se haya cotizado en los términos previstos en el artículo 81 del decreto 2343 de 2015<sup>4</sup>.

Son las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS), quienes deciden transcribir o no las incapacidades o licencias, de conformidad con los requisitos establecidos en las normas y de acuerdo con las condiciones que para tal fin haya definido dicha entidad. En caso de que no se transcriba dicha incapacidad, es al empleador a quien le corresponde correr con las prestaciones

---

los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto”.

<sup>4</sup> “Artículo 81. Incapacidad por enfermedad general. Para el reconocimiento y pago de la prestación económica de la incapacidad por enfermedad conforme a las disposiciones laborales vigentes, se requerirá que los afiliados hubieren efectuado aportes por un mínimo cuatro (4) semanas. No habrá lugar al reconocimiento de la prestación de la incapacidad por enfermedad general con a los recursos General en Salud, cuando se originen en tratamientos con fines estéticos o se excluidos del plan beneficios y sus complicaciones”.

económicas derivadas de la incapacidad laboral en la que incurra el trabajador cuando el accidente o la enfermedad que la ocasionan sean de origen común.

## **8. Beneficios de la Medicina Prepagada**

¿Por qué una Empresa de Servicio de Ambulancia Prepagada como lo es GRUPO EMI S.A.S busca ser Medicina Prepagada? ¿Qué beneficios tiene?

Es importante aclarar en principio que es competencia de la Superintendencia Nacional de Salud la vigilancia e inspección de estos entes, por lo tanto es la encargada de velar por el cumplimiento de las normas relacionadas con formalidades que implican la autorización de un plan de salud voluntario per se, y verificar si con ocasión a la puesta en marcha de estos, se puede poner en riesgo la prestación del servicio o el incumplimiento de las normas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Según el objeto social que la Ley establece para las empresas de ambulancia prepagada, no incluye la prestación de servicios adicionales de salud voluntario o complementario, se requiere cumplir con presupuestos legales en torno a la calidad de la persona que administre los planes adicionales, por lo tanto las entidades que pretenden administrar un plan adicional, debe contar con la respectiva habilitaciones para dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y estar constituida como “Empresa Administradora de Planes de Beneficios – EAPB-“ (Definición 5 del artículo 2.5.1.1.3 Decreto Único 780 de 2016 compilatorio del artículo 2 del Decreto 1011 de 2006) bajo la subcategoría de Entidad Administradora de Planes de Salud.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Artículos 17 y 18 del Decreto 806 de 1998 compilados en artículo 2.2.4.1. y 2.2.4.2 del Decreto Único 780 de 2016

De las normas se entiende que solo pueden prestar planes adicionales de servicios las entidades debidamente constituidas como EPS, Entidades Adaptadas, Empresas de Medicina Prepagada y Aseguradoras que administren pólizas de salud, todas ellas pertenecientes a la categorías de EAPB.

Por lo tanto se deja ver que existe una limitación al objeto social de las entidades que no pertenezcan a la tipología mencionada, aspecto que evidencia que no pueden ofertar planes adicionales de Salud y esta limitación ve afectado el crecimiento de las entidades como las SAP para el desarrollo de nuevas estrategias comerciales.

Cabe mencionar que la definición de atención prehospitalaria que es la aprobada para entidades SAP, es diferente a la atención de urgencias, que aunque comparten elementos en común, jurídicamente la normas que las consagran le da un alcance diferente, ya que la atención prehospitalaria se encuentra enfocada en la estabilización de signos vitales, establecimiento de un diagnóstico y definición de conducta médica o paramédica y el traslado a una institución hospitalaria; la atención de urgencias por otra parte se enfoca a satisfacer la demanda generada por las urgencias, es decir, disminuir los riesgos de invalidez o muerte por alteración de la integridad física o mental de una persona que ha sido generada por un trauma o enfermedad, que para los efectos genera otro tipo de habilitación por parte de la Superintendencia.

En efecto, las empresas de ambulancia prepagada tienen un objeto social que restringe la prestación de contratos adicionales y solo está habilitado para el desarrollo del servicio de transporte de pacientes en ambulancias bajo el sistema prepagado en forma directa o en las modalidades autorizadas de conformidad con el objeto social.

Por lo tanto las entidades SAP que busquen ampliar sus servicios, brindar servicios o urgencias odontológicas, pediatría, entre otros. y evitar las respectivas actuaciones administrativas sancionatorias, multas o la revocatoria de licencia de funcionamiento de conformidad con el artículo 131 de la Ley 1438 de 2011, deben optar por el cambio a Medicina Prepagada, siendo esta la mejor opción.

## **Conclusión**

La evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido evidente y ha sufrido muchas transformaciones a lo largo del tiempo de acuerdo a desarrollo jurisprudencial y normativo, esto ha generado detrimento en el sistema, que se ha tratado de alivianar mediante Servicios adicionales de Salud, buscando garantizar la atención integral a los usuarios del sistema.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, además del Plan de Beneficios en Salud permite que se ofrezcan a los usuarios del sistema, servicios llamados “Planes Voluntarios de Salud”, cuya naturaleza es de carácter opcional, voluntario y financiado en su totalidad por el usuario que contrata, que debe además de esto, encontrarse afiliada al régimen contributivo.

Es importante rescatar que se ha generado un incremento sustancial en la población que ha recurrido a los Planes Complementarios, como la Medicina Prepagada y que se ha generado fidelidad a este tipo de aseguramientos para mayor cobertura o mejores servicios.

En los contratos de Medicina Prepagada, habitualmente se habla de exclusiones que consiste en aquellos procedimiento, enfermedades o tratamientos que no van a ser cubiertos, y de preexistencias que son enfermedades o dolencias que el paciente tiene con antelación a la celebración del contrato y esto es importante para comprender porque algunas empresas de Medicina Prepagada, solicitan a sus pacientes exámenes médicos para determinar su acceso al sistema y el cubrimiento de sus enfermedades preexistentes.

Actualmente y con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 que implica el reconocimiento social de un derecho esencial para garantizar la dignidad humana y la igualdad de oportunidades de los ciudadanos, y elimina las autorizaciones para las atenciones de urgencias, y fortalezca el control de precios a los medicamentos, se deja de hablar del POS para hablar del Mypres, en consecuencia en el argot popular se señala cómo POS y No POS, y sigue teniendo la misma relevancia para el acceso a los Planes Voluntarios de Salud

Tomando en cuenta todo lo anterior, Se ha visto que si bien la ley tiene una regulación muy amplia frente a la Seguridad Social en Salud, y a la Medicina Prepagada en general, brinda normatividad muy clara y poco confusa sobre el manejo de la misma y tal como se vio en el artículo, mayores beneficios para aquellas entidades que tienen un objeto social restringido como lo es los Servicios de Ambulancia Prepaga.

Adicionalmente, sabiendo que la Ley es objeto de interpretación, siempre que no vaya en contravía de la misma, y con la amplitud que brindan las normas respecto del tema para la prestación de servicios, permite a las entidades que pretenden incorporarse como nuevos ante la sociedad, brindar Plus en sus servicios, como lo son Medicina Prepagada a domicilio, no limitación de exclusiones y preexistencias y el hecho de que los usuarios tengan mayor cobertura, menor dificultad de desplazamiento, mejor atención y más beneficios,

aunque para los usuarios del sistema, estos beneficios generen un pago adicional para acceder a un mejor servicio de Salud.

### **Referencias bibliográficas**

Navarrete Barrero, Olga Inés, (2000) Contratos de Medicina Prepagada, Jurisprudencia y Doctrina -- Vol. 29, no. 339, pp. 375-380.

Planes complementarios de salud: ¿qué cubren? 2014020. Revista empresarial & laboral. Vol.000, no. 0115 (Feb-Mar. 2014), pp. 24-25

Palacio Tamayo, Luis Fernando, (2013) Manual de legislación en salud y seguridad social, Medellín: Imprenta Departamental de Antioquia.

Entidades de medicina prepagada: aprobación de planes y contratos (1998), Santafé de Bogotá: Oct. 1998, Legislación -- Vol. 93, no. 1105, pp 1049-1054

Colombia. Ministerio de Protección Social, Medicina prepagada. Reglamentación, Bogotá: SPA, Legislación -- Vol. 102, no. 1213, pp. 937-938

Hernández Galindo, José Gregorio (1997) Medicina prepagada: exclusión de enfermedades. Jurisprudencia y Doctrina -- Vol. 26, no. 309, pp. 1376-1377

Llano Franco, Andrea. (2006). Derechos y deberes de los actores que participan en el sistema general de seguridad social en salud. Medellín: UPB.

Corte Constitucional, Sala Quinta. Sentencia T-307/97. Magistrado ponente: Jose Gregorio Hernandez Galindo.

Peña Vargas María Fernanda (2013) Determinación de las barreras de acceso identificadas por los usuarios de medicina prepagada en una institución de nivel iii de la ciudad de Cali. Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Propuesta de un plan de acción para mejorar el acceso y oportunidad de atención en los servicios de urgencias de las IPS de baja, mediana y alta complejidad de Medellín, Antioquia

(Lozano Jiménez , 2003)

Decreto 1486 De 1994, Por el cual se reglamenta el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto a la organización y funciones de la Medicina Prepagada, se modifica el Decreto 1570 de 1993 y se dictan otras disposiciones. Art 1 – 12

Ley 100 de 1993

Ministerio De Salud Y Protección Social, Resolución 2232 De 2015.

Corte Constitucional - Auto 035 de 2010 T-2.435.895 Magistrado Ponente: Dr. LUIS ERNESTO VARGAS SILVA. Bogotá, D.C. veintidós (22) de febrero de dos mil diez (2010)

Corte Constitucional, Sentencia T-1697/00 Magistrada Ponente: Martha Victoria Sáchica Méndez, Bogotá, D.C., diciembre siete (7) de dos mil (2000)

2017, SuperSalud, Generalidades y diferencias entre un Plan Voluntario de Salud Prepagado y un Plan Complementario, Recuperado de

<https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/generalidades-y-diferencias-entre-un-plan-voluntario-de-salud-prepagado-y-un-plan-complementario>

Gómez García & Builes Velásquez , 2018 El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. Recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/1514/151459455006/151459455006.pdf>