

DECRETO 1307 DE 1988

(julio 5)

Por el cual se reglamenta la Ley 20 de 1987, que modificó el artículo 12 del Decreto Ley 1650 de 1977, sobre el ámbito territorial de las prestaciones en el Instituto de Seguros Sociales.

Nota: Modificado por el Decreto 237 de 1989.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de la facultad que le confiere el ordinal 3° del artículo 120 de la Constitución Nacional, subrogado por el artículo 41 del Acto legislativo número 1 de 1968,

DECRETA:

Artículo 1° DEL ÁMBITO TERRITORIAL DE LAS PRESTACIONES. El ISS podrá autorizar la atención de la salud de sus beneficiarios en instituciones del exterior, cuya eficiencia esté científicamente acreditada, sólo para la realización de procedimientos que no se practiquen en el país, o cuando el riesgo suceda en el exterior y no haya el tiempo necesario para el traslado a Colombia, de conformidad con lo establecido en el artículo 1° de la Ley 20 de 1987 y en los términos de este Reglamento.

Artículo 2° DE LAS CONDICIONES PARA AUTORIZAR UNA REMISIÓN O PARA RECONOCER SERVICIOS PRESTADOS EN EL EXTERIOR. Para que proceda la remisión de un beneficiario al exterior o el reconocimiento de gastos por atención médica de urgencias en el exterior, se requiere:

1. Que el beneficiario esté afiliado al ISS.
2. Que tanto el patrono como el afiliado estén al día en el pago de los aportes obrero-

patronales al Instituto.

3. Numeral modificado por el Decreto 237 de 1989, artículo 1º. Que el afiliado haya cotizado al Instituto de Seguros Sociales un mínimo de 150 semanas para enfermedad general y maternidad, en cualquier tiempo.

Texto inicial del numeral 3.: “Que el afiliado haya cotizado al ISS un mínimo de 300 semanas para enfermedad general y maternidad, en cualquier tiempo.”.

4. En caso de que la urgencia suceda en el exterior y no haya tiempo para su traslado a Colombia, el número de semanas para tener derecho a las prestaciones médico-asistenciales, serán las que exijan los reglamentos pertinentes.

5. Concepto favorable del Comité ad-hoc de Remisiones al Exterior, acerca de que el procedimiento no se practica en el país y conforme al procedimiento señalado en este Reglamento.

Artículo 3º Modificado por el Decreto 237 de 1989, artículo 2º. Eventos en que se produce el reconocimiento y pago de servicios de salud prestados en el exterior. El Instituto reconocerá y pagará los gastos que se originen por la prestación de servicios de salud fuera del territorio colombiano, a los beneficiarios del régimen de los seguros sociales obligatorios, en los siguientes casos:

a) Cuando requiera de un procedimiento médico que no se practique en el país y que de su aplicación se espere un beneficio significativo para la salud del paciente, y siempre que la remisión se hubiere efectuado con el cumplimiento de los requisitos establecidos en este Decreto.

b) Cuando se encuentre transitoriamente en otro país y sufra lesiones accidentales o episodios de enfermedad grave de carácter agudo que produzcan riesgo inmediato de muerte o proceso de rápido agravamiento y no haya tiempo de traslado del paciente a Colombia.

Texto inicial: “EVENTOS EN QUE SE PRODUCE EL RECONOCIMIENTO Y PAGO DE SERVICIOS DE SALUD PRESTADOS EN EL EXTERIOR. El Instituto reconocerá y pagará los gastos que se originen por la prestación de servicios de salud a beneficiarios del Instituto en el exterior, en los siguientes casos:

- a) A la entidad tratante en el exterior, cuando un beneficiario requiera un procedimiento que no se practique en el país y sea remitido con el cumplimiento de los requisitos aquí establecidos;
- b) Al beneficiario, cuando se encuentre transitoriamente en otro país y sufra lesiones accidentales o episodios de enfermedad grave de carácter agudo que produzcan riesgo inmediato de muerte o proceso de rápido agravamiento y no haya tiempo de traslado a Colombia.”.

Artículo 4° DEL RECONOCIMIENTO DE GASTOS MEDICOS DE UN BENEFICIARIO CUANDO LA URGENCIA SUCEDA EN EL EXTERIOR. Para el reconocimiento de gastos médicos de servicios prestados en el exterior, cuando la urgencia suceda a un beneficiario y no haya el tiempo necesario para su traslado a Colombia, el afiliado o sus herederos deben presentar a la Gerencia Seccional o Dirección de UPNE a la cual cotiza, dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes al regreso del beneficiario al país, la solicitud acompañada de los siguientes documentos:

- a) Epicrisis de la historia clínica que incluya: la descripción del cuadro clínico, procedimientos efectuados, diagnóstico de ingreso y egreso, indicaciones sobre la conducta a seguir y duración de la incapacidad;
- b) Las cuentas que especifiquen los procedimientos efectuados y su valor, expedidas por la institución que le prestó la atención, debidamente canceladas;
- c) Copia auténtica de la tarjeta de comprobación de derechos del afiliado, vigente a la fecha de ocurrencia del insuceso y del carné de derechohabiente, según el caso.

Parágrafo. La Gerencia Seccional o Dirección de UPNE, previa calificación de las Subgerencias de Servicios de Salud, Jefe de División de Servicios de Salud o Jefe de Departamento Médico correspondiente, en la cual certifique que la atención médica recibida fue indispensable e inaplazable, remitirá a la Subdirección de Servicios de Salud la documentación para el trámite correspondiente.

Artículo 5° Derogado por el Decreto 237 de 1989, artículo 3°. DE LAS REMISIONES DE BENEFICIARIOS AL EXTERIOR. La remisión de beneficiarios al exterior se podrá autorizar sólo para la realización de procedimientos que no se practiquen en el país y en instituciones cuya eficacia esté científicamente acreditada y que de su aplicación se espere un beneficio significativo para la salud del paciente, según dictamen del Comité Ad-hoc.

Parágrafo. Para autorizar la remisión de pacientes al exterior, el Instituto de Seguros Sociales celebrará contratos de prestación de servicios de salud con instituciones del exterior, cuya idoneidad se acredite por las autoridades médicas competentes del país donde se encuentren establecidos. La documentación debe contar con la aprobación de la Subdirección de Servicios de Salud del Instituto de Seguros Sociales, quien llevará el registro pertinente.

Artículo 6° DEL ORIGEN DE LAS REMISIONES AL EXTERIOR. Corresponde al especialista tratante, en los términos que establece este Reglamento, determinar, en primera instancia, la conveniencia y oportunidad de la remisión al exterior de los pacientes a su cargo, con sujeción estricta a lo dispuesto en este Reglamento.

Para el trámite respectivo debe remitir la documentación correspondiente a la Subgerencia de Servicios de Salud, División de Servicios de Salud, o Departamento Médico, según se trate de Seccionales Tipo A, B, o de Unidades Programáticas de Naturaleza Especial.

Si estas reparticiones le imparten su visto bueno, remitirán la solicitud respectiva a la Dirección de la UPI, que por regionalización le corresponda, la cual a su vez la someterá a

estudio y concepto por parte de la Junta Médica del Departamento o Servicio correspondiente.

La Junta Médica estudiará el caso y si considera necesario, solicitará la presencia del beneficiario para su evaluación y/o exámenes adicionales. Si su concepto es favorable, el Jefe de Departamento o Servicio solicitará al Director de la UPI la conformación de un Comité Ad-hoc de Remisiones al Exterior, ante el cual presentará el caso.

Parágrafo 1° La Junta Médica tendrá un plazo máximo de quince (15) días hábiles, contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud en el Servicio, para emitir su concepto, el cual deberá consignarse en acta en la que deberán constar las consideraciones y las conclusiones sobre lo actuado y su recomendación final. El original del acta, suscrita por todos sus miembros, deberá anexarse al expediente para su envío al Director de la UPI, con la solicitud de conformación del Comité Ad-hoc o para su devolución al especialista solicitante.

Parágrafo 2° Adicional a las solicitudes originadas en las Seccionales y UPNES de su Regional, la UPI 03, San Pedro Claver, estudiará la emanada de la Regional Nor-oriental y la 05, Rafael Uribe Uribe, las provenientes de la Regional Central.

Artículo 7° INFORMACIÓN REQUERIDA PARA EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD DE REMISIÓN. El especialista tratante una vez establezca la conveniencia y oportunidad de la remisión de su paciente, elaborará la solicitud respectiva con la siguiente información mínima:

- a) Identificación del paciente y resumen del interrogatorio o anamnesis, del examen físico y de la evolución del caso.
- b) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos practicados, con sus correspondientes resultados.
- c) Tratamientos ordenados y efectuados, con sus correspondientes resultados.
- d) Diagnóstico(s) presuntivo(s) o confirmado(s) de la situación de salud del paciente

remitido.

e) Procedimiento específico objeto de la remisión.

f) Justificación de la remisión.

g) Literal derogado por el Decreto 237 de 1989, artículo 4º. Certificación sobre las incapacidades expedidas para el episodio o durante el proceso de atención actual con las fechas de iniciación y terminación de cada una.

h) Fotocopia autenticada de la tarjeta de comprobación de derechos o, en su defecto, la certificación de la dependencia de seguros económicos en donde conste que el patrono y/o el trabajador están al día en el pago de aportes obrero-patronales.

i) Fotocopia autenticada del carné de derechohabiente.

j) Certificación de semanas de cotización al ISS expedida por la correspondiente dependencia de seguros económicos.

Parágrafo. La Dirección de la UPI se abstendrá de tramitar las solicitudes de remisión al exterior, que no se acompañen en la totalidad de los requisitos establecidas en este artículo.

Artículo 8º DEL COMITE DE REMISIONES AL EXTERIOR. Para el estudio de cada solicitud de remisión al exterior, considerada favorablemente por la Junta Médica, a que hace referencia el artículo 6º de este Decreto, el Director de la UPI constituirá, en los tres (3) días siguientes al recibo del concepto de la Junta Médica un Comité Ad-hoc de Remisiones al Exterior. Este Comité estará integrado, para cada caso en particular, por el Jefe de la División de Atención Médica, quien lo presidirá, el Jefe del Departamento o Servicio de la especialidad del caso a tratar y por un especialista de la misma rama, que no haya participado en la Junta Médica, designado por el Director de la UPI.

Este Comité debe pronunciarse dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes a la fecha de su conformación.

Parágrafo. El Comité Ad-hoc de Remisiones al Exterior analizará el caso y en acta suscrita

por todos sus miembros consignará:

- a) Diagnóstico que motiva la remisión.
- b) Procedimiento(s) diagnósticos (s) y/o terapéutico (s) para el cual se remite y del cual se va a derivar un beneficio para la salud del paciente.
- c) Literal derogado por el Decreto 237 de 1989, artículo 5º. Centro de referencia con el cual el Instituto de Seguros Sociales haya celebrado el respectivo contrato, que se considera adecuada para remitir al paciente.
- d) Constancia acerca de que el procedimiento específico no se realiza en Colombia.

El original del acta con lo actuado por la Junta Médica del Departamento o Servicio y la documentación anexa a la solicitud de remisión, la enviará el Jefe de la División de Atención Médica al Director de la UPI.

Artículo 9º DE LA AUTORIZACIÓN DE LA REMISIÓN. El expediente de solicitud de remisión al exterior que reciba concepto favorable del Comité Ad-hoc, será enviado por la Dirección de la UPI a la Subdirección de Servicios de Salud, para su concepto. Si esta repartición emite concepto favorable la remitirá para consideración y aprobación de la Dirección General del ISS.

Parágrafo 1º La Subdirección de Servicios de Salud, si lo estima conveniente, podrá solicitar concepto adicional a la Oficina Nacional de Evaluación de Calidad.

Parágrafo 2º Modificado por el Decreto 237 de 1989, artículo 6º. Las remisiones al exterior deben ser aprobadas por resolución expedida por el Director General, la cual deberá contener:

- a) El diagnóstico que motiva la remisión;
- b) El procedimiento específico objeto de la remisión y su justificación;
- c) La institución hospitalaria o centro de referencia que recomiende el Comité ad hoc de Remisiones al Exterior en donde debe ser tratado el paciente;

- d) Que el Instituto de Seguros Sociales asume únicamente los gastos estrictamente médicos que ocasione el tratamiento objeto de la remisión de conformidad con las tarifas oficiales de la respectiva entidad tratante;
- e) El valor estimado del procedimiento por la Subdirección de Salud, así como el valor del anticipo en dólares americanos que podrá concederse al afiliado hasta en un cincuenta por ciento (50%) de dicho valor;
- f) El suministro por parte del Instituto de los pasajes aéreos, clase turista, de ida y regreso al beneficiario remitido desde la ciudad más cercana al lugar de residencia que disponga de vuelos, a la localidad sede del centro de referencia;
- g) Que el afiliado se compromete a cancelar a la entidad tratante el excedente a su cargo, del costo del tratamiento, entendiendo por excedente los costos de todo aquello que no se considere atención médica estricta;
- h) Que el valor que haya de reembolsar el Instituto al afiliado, se efectúe al precio que tenga el dólar americano, según certificado del Banco de la República, en el momento del pago del respectivo procedimiento médico previamente autorizado;
- i) El valor de la póliza del buen manejo del anticipo que deberá prestarse por una compañía de seguros o entidad bancaria autorizadas legalmente.

Texto inicial del párrafo 2º.: “Las remisiones al exterior deben ser aprobadas por resolución de la Dirección General, en la que se estipule:

- a) Diagnóstico que motiva la remisión.
- b) Procedimiento específico objeto de la remisión y su justificación.
- c) Centro de referencia a donde se remite el paciente.
- d) Que el ISS asume únicamente los gastos estrictamente médicos que ocasione el tratamiento, objeto de la remisión, a las tarifas oficiales de la respectiva institución.
- e) Valor estimado del procedimiento y del anticipo en dólares americanos a la institución tratante, en el exterior, si de acuerdo con el contrato se requiere.
- f) Que el ISS suministrará los pasajes aéreos de ida y regreso, desde la ciudad más cercana

al lugar de residencia del paciente, que disponga de vuelos a la localidad sede del centro de referencia.

g) Que el afiliado se compromete a cancelar a la entidad tratante el excedente a su cargo, del costo del tratamiento, entendiendo por excedente los costos de todo aquello que no se considere atención médica estricta.”.

Artículo 10. Modificado por el Decreto 237 de 1989, artículo 7º. De las obligaciones del afiliado y de la legalización de las cuentas. El afiliado se obliga para con el Instituto a presentarle dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a su regreso al país:

a) Epicrisis de la historia clínica, que incluya: descripción del cuadro clínico, procedimientos efectuados, diagnóstico de ingreso y egreso, indicaciones sobre la conducta a seguir y duración de la incapacidad;

b) Las carátulas y pasabordos de los pasajes aéreos;

c) Las cuentas que especifiquen los procedimientos efectuados y su valor, expedidas por la Dirección de la Institución que prestó la atención.

Parágrafo. El valor de las remisiones médicas al exterior será asumido por el Nivel Nacional y originará el cobro de las respectivas cuentas a la Gerencia Seccional de donde proceda el paciente.

Texto inicial: “DE LAS OBLIGACIONES DEL AFILIADO. El afiliado se obliga para con el Instituto a presentarle dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a su regreso, las carátulas y pasabordos de los pasajes aéreos.”.

Artículo 11. DE LA ATENCIÓN NO CONTEMPLADA EN LA AUTORIZACIÓN INICIAL DE REMISIÓN. En las remisiones al exterior, cuando del procedimiento que se le practique al beneficiario surja una complicación o situación de urgencia, no se requerirá autorización distinta para su reconocimiento, de la otorgada en la correspondiente remisión.

El Instituto podrá autorizar otro procedimiento que no se practique en el país, al paciente ya

remitido, cuando el procedimiento autorizado inicialmente sea improcedente a juicio de la entidad tratante. Esta autorización previa la dará el Comité Ad-hoc, a solicitud del Centro de referencia, por intermedio de la Subdirección de Servicios de Salud.

Artículo 12. Derogado por el Decreto 237 de 1989, artículo 8º. DEL RECONOCIMIENTO DE ANTICIPO. El ISS podrá pactar en los contratos, un anticipo a la institución tratante, hasta por el cincuenta por ciento (50%) del valor estimado del tratamiento.

Artículo 13. DE LOS VALORES LÍMITES DE RECONOCIMIENTO EN CASO DE URGENCIAS. En atención de urgencias en el exterior, el ISS reconocerá y pagará las cuentas correspondientes a los servicios estrictamente médicos prestados que cumplan con los requisitos y trámites exigidos, de acuerdo con los valores establecidos en el Manual de Definiciones, Contenidos y Tarifas, vigente a la fecha del egreso del paciente de la institución y sólo para procedimientos establecidos en dicho Manual.

Artículo 14. Derogado por el Decreto 237 de 1989, artículo 9º. DEL RECONOCIMIENTO DE GASTOS MEDICOS EN CASO DE REMISIONES AL EXTERIOR. El costo de la atención médica y de los pasajes será asumido por el Nivel Nacional y originará el cobro de las respectivas cuentas a la Seccional o UPNE en donde cotiza el afiliado. Para la legalización de las cuentas, la institución tratante en el exterior debe presentar, dentro de los tres (3) meses siguientes al egreso del beneficiario, la correspondiente factura acompañada de los siguientes documentos:

a) Epicrisis de la historia clínica, que incluya: descripción del cuadro clínico, procedimientos efectuados, diagnóstico de ingreso y egreso, indicaciones sobre la conducta a seguir y duración de la incapacidad;

b) Las cuentas que especifiquen los procedimientos efectuados y su valor.

El costo de la atención estrictamente médica se pagará a las tarifas oficiales establecidas por la institución de salud del exterior correspondiente, liquidadas a la fecha de egreso del

paciente.

Artículo 15. **LEGALIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN.** Todos los documentos requeridos para el reembolso por la atención de urgencias y pago de las remisiones al exterior, deberán ser reconocidos ante el Cónsul de Colombia, o, en su defecto, por el de una nación amiga. La firma del Agente Consular de Colombia se abonará por el Ministerio de Relaciones Exteriores, y si se trata de Agente Consular de una nación amiga, se autenticará previamente por el funcionario competente de la misma. Los aludidos documentos deben ser traducidos al idioma español por el Ministerio de Relaciones Exteriores, si es del caso.

Artículo 16. **DE LOS GASTOS NO RECONOCIDOS.** El Instituto de Seguros Sociales no reconocerá gastos de carácter personal, tales como: manutención, alojamiento, consulares, impuestos de salida del país, traducción de documentos, movilización en el exterior, transporte de acompañantes, ni los que pudieren ocasionarse en caso de inhumación del cadáver por fallecimiento en el extranjero, o repatriación del cadáver.

Artículo 17. **DEL CONTROL DE LOS PROCEDIMIENTOS SOBRE RECONOCIMIENTO DE GASTOS MEDICOS EN EL EXTERIOR.** La Subdirección de Servicios de Salud del Instituto de Seguros Sociales, tendrá la responsabilidad de coordinar las actividades que a nivel nacional se realicen para la remisión de pacientes al exterior. Las actividades que debe desarrollar, incluyen entre otras las siguientes:

- a) Literal derogado por el Decreto 237 de 1989, artículo 10. Adelantar las gestiones necesarias para la celebración de los contratos con instituciones de salud del exterior, de reconocida idoneidad;
- b) Literal modificado por el Decreto 237 de 1989, artículo 10. Elaborar el proyecto de Resolución, por la cual la Dirección General autoriza la remisión al exterior y el pago del anticipo al afiliado, cuando a éste hubiere lugar.

Texto inicial del literal b).: “Elaborar el proyecto de resolución, por la cual la Dirección General autoriza la remisión al exterior y el pago del anticipo, al Centro de referencia, si a él hubiere lugar;”.

- c) Remitir a la Subdirección Financiera las Resoluciones de remisión, a fin de que esta dependencia efectúe los pagos correspondientes y produzca los cargos contables a la Seccional o UPNE donde cotiza el afiliado;
- d) Ordenar la adquisición y entrega de los pasajes;
- e) Establecer un registro de las remisiones que incluya, entre otra, la siguiente información: nombre del beneficiario, número de afiliación, resolución de remisión, anticipo o pago; objeto de la remisión, diagnóstico de egreso, procedimientos practicados, costo de la atención. La Subdirección Servicios de Salud debe rendir trimestralmente a la Dirección General, un informe sobre las remisiones al exterior;
- f) Literal derogado por el Decreto 237 de 1989, artículo 10. Ejercer el control sobre el cumplimiento oportuno de las obligaciones financieras contraídas por el ISS y del afiliado con la institución tratante;
- g) Organizar un archivo de los expedientes y velar por su correcto manejo.

Artículo 18. VIGENCIA. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación en el DIARIO OFICIAL.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

Dado en Bogotá, D. E., a 5 de julio de 1988.

VIRGILIO BARCO

El Ministro de Trabajo y Seguridad Social,
JUAN MARTÍN CAICEDO FERRER.