DECRETO 1486 DE 1994

(julio l3)

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.

Nota 1: Ver Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Nota 2: Modificado por el Decreto 1615 de 2001 y por el Decreto 783 de 2000.

Nota 3: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 15 de agosto de 1996. Expediente: 3550. Actor: Diego Ignacio Rivera Mantilla. Ponente: Ernesto Rafael Ariza Muñóz.

Nota 4: Aclarado por el Decreto 1610 de 1995.

Nota 5: Citado en la Revista de la Universidad del Norte. División de Ciencias Jurídicas. No. 44. Derechos Laborales y de la Seguridad Social para las mujeres en Colombia en cumplimiento de la Ley 1257 de 2008. María Isabel Lopera Vélez, Lina Marcela Estrada Jaramillo.

El Presidente de la República de Colombia, en ejercicio de las atribuciones que le confiere el numeral 15 del artículo 4º. del Decreto 1298 de 1994,

DECRETA:

TITULO I

Artículo 1º. El numeral 1º del artículo 1º del Decreto 1570 de 1993, Disposiciones generales,

quedará así:

“Medicina prepagada. El sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme el presente Decreto, para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado.

No se consideran como entidades de prepago aquellas que se limitan a otorgar descuentos sobre el costo de la utilización de los servicios de salud, que debe ser asumido por parte de un grupo de usuarios”

Nota, artículo 1º: Ver artículo 2.2.4.1.4 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 2º. El numeral 1º del artículo 2º del Decreto 1570 de 1993, Procedimiento, quedará así:

“Forma social. Las entidades que pretendan prestar servicios de medicina prepagada, estarán sujetas al control y vigilancia de la Superintendencia Nacional de Salud, debiendo obtener el certificado de funcionamiento.

Las Cámaras de Comercio deberán abstenerse de inscribir una sociedad que en su objeto social incluya cualquier modalidad de servicio de salud prepagado, hasta tanto presenten el certificado de funcionamiento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud.

Nota, artículo 2º: Ver artículo 2.2.4.1.5 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 3º. El artículo 3º del Decreto 1570 de 1993, quedará así:

“Revocatoria o suspensión del Certificado de Funcionamiento:

1. Causales. La revocatoria o suspensión del certificado de funcionamiento concedido a una entidad, programa o dependencia que cumpla actividades de Medicina Prepagada, podrá ser dispuesta por el Superintendente Nacional de Salud en los siguientes casos:

1. A petición de la misma entidad.

2. Cuando el plan de saneamiento y recuperación convenido por la Superintendencia Nacional de Salud, no se haya cumplido en las condiciones y plazos estipulados.

3. Por terminación del programa o dependencia por orden de la autoridad a que se encuentre sometida a inspección y vigilancia la correspondiente entidad.

4. Por disolución de la sociedad, y

5. Por incumplimiento a las normas sobre patrimonio, patrimonio técnico o margen de solvencia”.

Nota, artículo 3º: Ver artículo 2.2.4.1.6 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 4º. Modifíquese la integridad del Decreto 1570 de 1993 para sustituir allí donde se utilice la palabra capital, por la palabra patrimonio excepto lo previsto en el inciso primero del artículo 9º, el cual quedará así:

“Las entidades comerciales que presten servicios de medicina prepagada, de acuerdo con su régimen legal, deberán constituir, para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, una reserva legal que ascenderá al cincuenta por ciento (50%) del capital suscrito, formada por el diez por ciento (10%) de las utilidades líquidas de cada ejercicio”.

Nota, artículo 4º: Ver artículo 2.2.4.1.11 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 5º. La parte primera del artículo 1O del Decreto 1570 de 1993, Margen de solvencia y patrimonio técnico, quedará así:

“Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada, deberán, para el adecuado funcionamiento y prestación del servicio, tener un margen de solvencia equivalente al 15% del promedio mensual de los gastos médico-asistenciales, que hubieran tenido durante los tres meses calendario anteriores. Estos dineros deberán invertirse en títulos emitidos, avalados o aceptados por instituciones vigiladas por la Superintendencia Bancaria o adquiridos a través de procesos de titularización o encargos fiduciarios. No se podrán utilizar los recursos del margen de solvencia, para otorgar préstamos, en forma directa o indirecta, ni se podrán gravar a ningún título”.

Artículo 6º. El numeral 3º del artículo 13 del Decreto 1570 de 1993 Régimen de incompatibilidades e inhabilidades y control quedará así:

“Revisoría fiscal. Las entidades de medicina prepagada deberán tener un revisor fiscal designado por la asamblea general de accionistas o por el órgano que haga sus veces. Igual obligación tendrán las organizaciones solidarias, de utilidad común, las cooperativas y las cajas de compensación familiar o las de seguridad y previsión social de derecho privado que hayan creado dependencias o Programas de Medicina prepagada. El revisor fiscal cumplirá las funciones previstas en el Libro Segundo, Título l, Capítulo VIII del Código de Comercio y se sujetará a lo allí dispuesto, sin perjuicio de lo previsto en otras normas.

En la sesión en que se designe revisor fiscal persona natural deberá incluirse la información relativa a las apropiaciones previstas para el suministro de recursos humanos y técnicos destinados al adecuado desempeño de las funciones a él asignadas; cuando se trate de persona jurídica, los honorarios que garanticen el adecuado desempeño de las funciones

asignadas”.

Nota, artículo 6º: Ver artículo 2.2.4.1.14 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 7º. Los numerales 3º, 4º y 7º del numeral 1º del artículo 15 del Decreto 1570 de 1993, Contratos con los usuarios Requisitos Mínimos, quedará así:

“3. 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”.

“4. Serán anexos obligatorios de cada contrato, la solicitud del contratante, las declaraciones del estado de salud de los usuarios las tarifas vigentes y los directorios médicos de las ciudades donde se prestarán servicios”.

“7. Cualquier modificación a un contrato vigente deberá realizarse de común acuerdo entre las partes. No se entenderán como válidas las estipulaciones encaminadas a lograr la renuncia del usuario a derechos que se derivan o pueden llegar a derivarse del programa a través de exclusiones o preexistencias que no estaban previstas en el programa original a menos que se trate de un cambio de programa, aceptado voluntariamente por el usuario. Tampoco podrá ser condición impuesta al usuario para renovar sus contratos, el que acepte modificaciones al régimen que inicialmente acordó en materia de preexistencias o exclusiones o el que se traslade a un determinado programa,”.

Nota, artículo 7º: Ver artículo 2.2.4.1.16 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 8º. El numeral 2º del artículo 15 del Decreto 1570 de 1993, quedará así:

“2. Renovación. Las entidades, dependencias o programas deberán renovar los contratos a los usuarios a menos que medie incumplimiento de éstos”.

Nota, artículo 8º: Ver artículo 2.2.4.1.16 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 9º. El numeral 3º del artículo 25 del Decreto 1570 de 1993, Reglas soluciones sobre la actividad y la operación, quedará así:

“Prohibiciones. La colocación de planes de salud bajo un plan distinto al ofrecido, con engaño para el usuario; la cesión de comisiones a favor del usuario, el ofrecimiento de beneficios que el plan no cubre o la exageración de éstos así como la sugestión tendiente a dañar negocios celebrado por otros intermediarios o compañías el hacerse pasar por agente o representante de una compañía sin serlo; y en general todo acto de competencia desleal, dará lugar a la terminación del contrato por parte de la entidad de medicina prepagada.

Será la Superintendencia de Industria y Comercio, conforme las disposiciones legales, quien ejercerá la inspección y vigilancia del régimen de competencia aquí previsto “.

Nota, artículo 9º: Ver artículo 2.2.4.1.28 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 10. El numeral 2º del artículo 26 del Decreto 1570 de 1993, Reglas Generales, quedará así:

“Control previo por inexactitudes. Cuando Superintendencia compruebe que la entidad presentó cifras con inexactitudes que no estén plenamente justificadas en hechos imprevisibles o que el incrementos e originó en incentivos ilegales, carencia de los estudios actuariales correspondientes, manejo ineficiente de los gastos administrativos respecto de los porcentajes ponderados del sector, ajustes en la contabilidad ordenados conforme las

disposiciones legales o requerimientos de patrimonio ordenado por la autoridad, podrá ser sometida a régimen de autorización previa de tarifas por un período que podrá llegar hasta los 18 meses". (Nota: Ver Sentencia del Consejo de Estado del 5 de septiembre de 1996. Expediente: 3461. Actor: Carlos Galindo Pinilla. Ponente: Libardo Rodríguez Rodríguez.).

Artículo 11. Las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada están obligadas a publicar con una periodicidad no mayor a la trimestral en medios amplios de información, con toda esta fecha a partir del 1º de junio de l994, la información misma en materia de cobertura y valor de los programas, conforme las especificaciones que determine la Superintendencia Nacional de Salud.

Será igualmente obligación de las entidades, dependencias y programas el publicar a través de medios amplios de información, con una anticipación no superior a los 90 días ni inferior a los 30, antes de hacerse efectivos, los aumentos de tarifa proyectados especificando los programas afectados.

Parágrafo Transitorio. El inciso final del presente artículo regirá respecto de los aumentos que se tienen proyectados para períodos superiores a los 90 días, contados a partir de la fecha de publicación del presente Decreto. Para los aumentos dentro del período en mención, deberá realizarse la publicación en un plazo que vence el 10 de agosto de 1994.

Nota, artículo 11: Ver artículo 2.2.4.1.34 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 12. Modificado por el Decreto 783 de 2000, artículo 1º. 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".

Texto inicial del artículo 12: “La Superintendencia deberá aprobar los programas de copagos y pagos modeladores 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.”.

Artículo 13. Para efecto de lo previsto en materia de intermediación en las entidades de Medicina prepagada, se estará a lo dispuesto para las entidades administradoras del sistema general de pensiones conforme lo previsto en el Decreto 720 de 1994 en sus artículos 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 9º, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19 y 20. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.36 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 14. El Sistema General de Garantía de Calidad que se expida por el Gobierno en desarrollo del Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aplicará a las entidades de medicina prepagada.

TITULO 2

DISPOSICIONES ESPECIALES PARA LAS ENTIDADES DE SERVICIO DE AMBULANCIAS PREPAGADO

Artículo 15. Campo de aplicación. Las disposiciones del presente Título se aplicarán a todas las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada cuyo objeto social incluya el transporte de pacientes en ambulancia y/o la atención prehospitalaria, que dentro de su modalidad de servicio contemple los sistemas de prepago. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.1.1 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 16. Definiciones. Para efectos del presente Decreto adóptanse las siguientes definiciones:

1. Transporte de pacientes: Es el conjunto de actividades destinadas al traslado de personas en estado crítico o limitado ya sea primario, secundario o con atención prehospitalaria, de conformidad con la Resolución O09279 de 1993 del Ministerio de Salud, y las demás normas que se expidan en esta materia. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.1.2 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

2. Atención prehospitalaria: Es el conjunto de acciones y procedimientos extrahospitalarios, realizados por personal de salud calificado a una persona limitada o en estado crítico, orientadas a la estabilización de sus signos vitales, al establecimiento de una impresión diagnóstica, y a la definición de la conducta médica o paramédica pertinente o su traslado a una institución hospitalaria.

Artículo 17. Requisitos. Las entidades de medicina prepagada que presten servicios de ambulancia prepagado deberán ceñirse a las normas en materia de medicina prepagada que le fueren aplicables, a las disposiciones especiales contenidas en este Título, tener la Licencia Sanitaria de Funcionamiento y cumplir con la Normatización del Componente Traslado para la Red Nacional de Urgencias. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.1.3 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 18. Denominación social. A la razón social o a la denominación social de las entidades de transporte de pacientes en ambulancia prepagado se deberá adicionar la expresión servicio de ambulancia prepagado. (Nota: Ver artículo 2.2.4.1.142 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.).

Artículo 19. Objeto social. El objeto social de las entidades que presten el servicio de ambulancias prepagado será la gestión para la prestación de servicios de transporte de pacientes en ambulancia bajo el sistema de prepago en forma directa o en las modalidades autorizadas según lo específica el presente Decreto.

Así mismo se nombrará un funcionario responsable de la dependencia o programa y se

deberá independizar el manejo presupuestal médico-prehospitalario, contable y administrativo de las actividades de la institución y estar bajo el control de la Superintendencia Nacional de Salud en lo pertinente.

Nota, artículo 19: Ver artículo 2.2.4.1.1.5 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 20. Contratos de servicios de ambulancia prepagado. Son contratos de servicios de ambulancia prepagado aquéllos que para todos sus efectos legales cuenten con una cobertura en uno o varios de los siguientes servicios de conformidad con lo definido en la Resolución O09279 de 1993 emanada del Ministerio de Salud:

1.De transporte primario.

2.De transporte secundario.

3.De atención prehospitalaria

4.De Red de traslado.

Nota, artículo 20: Ver artículo 2.2.4.1.1.6 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 21. Implementación de la atención. Las entidades de servicio de ambulancia prepagado deberán suministra a la Superintendencia Nacional de Salud la información sobre el desarrollo de su objeto social, la ubicación de sus unidades y el perímetro a cubrir, a fin de verificar que la atención al usuario es oportuna, eficaz, eficiente y de calidad, dándole cabal cumplimiento a las cláusulas estipuladas en el respectivo contrato.

Con el fin de brindar una atención oportuna y eficaz al usuario, las entidades de servicio de ambulancia prepagado deberán tener el siguiente número de ambulancias en proporción a

sus beneficiarios:

1. Al comienzo de la prestación y hasta que el número de beneficiarios se supere el de quince mil (15.000) deberá contar en total con mínimo tres (3) ambulancias.

2. Cuando el número de beneficiarios fuese mayor de quince mil (15.000) y menor de veinticinco mil (25.000) deberá contar con mínimo cuatro (4) ambulancias.

3. Cuando el número de beneficiarios fuese mayor de veinticinco mil (25.000) y menor de cincuenta mil (50.000) deberá contar con mínimo cinco (5) ambulancias.

4. Cuando el número de beneficiarios fuese mayor de cincuenta mil (50.000) y menor de cien mil (100.000) deberá contar con mínimo siete (7) ambulancias.

5. Cuando el número de beneficiarios fuese mayor de cien mil (100.000) y menor de ciento setenta mil (170.000) deberá contar con mínimo nueve (9) ambulancias.

6. Cuando el número de beneficiarios fuese mayor de ciento setenta mil (170.000) y menor de doscientos cincuenta mil (250.000) deberá contar con mínimo diez (10) ambulancias.

7. De doscientos cincuenta mil (250.000) beneficiarios en más, cada ochenta mil (80.000) nuevos beneficiarios o fracción menor a su número, deberá incorporar dos (2) ambulancias.

Artículo 22. Vigencia de los contratos. Los contratos de servicio de ambulancia prepagado deberán guardar directa relación con las cualidades del servicio contratado.

1. Modificación de tarifa Para efecto de anunciar la modificación de las tarifas, las entidades de servicio de ambulancia prepagado publicarán en un diario de circulación en el área donde operan y con un (1) mes de anticipación como mínimo, las nuevas tarifas que regirán para dichos contratos.

2. Continuidad. Las empresas de servicio de ambulancia prepagado o los contratantes podrán dar por terminado el contrato de prestación de servicios de emergencia médica prepagada cuando se presente incumplimiento en las obligaciones de la otra parte.

3. Aprobación de contratos. Los modelos de contratos de servicio de ambulancia prepagado se someterán a la aprobación previa de la Superintendencia Nacional de la Salud.

Con la presentación de la petición se hará la sustentación correspondiente de la viabilidad financiera y de cobertura de la entidad.

Nota, artículo 22: Ver artículo 2.2.4.1.1.7 del Decreto 780 de 2016, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Artículo 23. Monto del patrimonio. El patrimonio mínimo exigido para una entidad, programa o dependencia de servicio de ambulancia prepagado que se constituya es el siguiente:

1. Montos. Las entidades de servicio de ambulancia prepagado que actualmente funcionan deberán acreditar a treinta y uno (31) de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro (1994) que el monto absoluto de su patrimonio involucra como mínimo cinco mil salarios mínimos legales mensuales, acreditando el 50% de ese valor a treinta (30) de agosto de mil novecientos noventa y cuatro (1994).

2. Nuevas entidades. Las entidades que soliciten el certificado de funcionamiento para prestar el servicio de ambulancia prepagado a partir de la vigencia del presente Decreto, deberán poseer un patrimonio equivalente a seis mil (6.000) salarios mínimos legales mensuales vigentes que deberán acreditar íntegramente para obtener el respectivo certificado, conforme el procedimiento previsto en el Decreto 1570 de 1993. Cuando pretendan prestar servicios adicionales de prepago acreditarán adicionalmente el patrimonio previsto en el decreto mencionado.

Artículo 24. Vigencia y derogatoria. El presente Decreto rige a partir de la fecha de su publicación y deroga los artículos 24 y 28 del Decreto 1570 de 1993.

Dado en Santafé de Bogotá, D.C., a 13 de julio de 1994

CESAR GAVIRIA TRUJILLO

El Ministro de Salud Pública,

Juan Luis Londoño de la Cuesta.