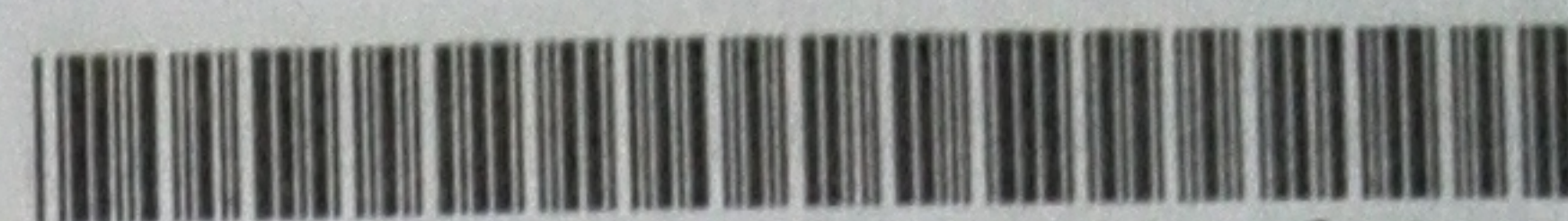




**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411200781721

Fecha: 30-05-2014

Página 1 de 4

Bogotá D.C.

URGENTE

Señora

**ALEXANDRA ORJUELA ARCHILA**

dianaorjuelaa@hotmail.com

**Asunto: Solicitud de información respecto a la opción de recibir atención únicamente de los profesionales de medicina prepagada.**

Respetada señora Alexandra:

Hemos recibido su comunicación, mediante la cual informa que existen diferencias entre el diagnóstico que le ofrecen los médicos de su EPS y el que le brindan los profesionales dentro de su plan complementario de salud, razón por la que ha tomado la decisión de no volver a utilizar los servicios de la entidad promotora de salud a la que se encuentra afiliada, por lo anterior, solicita información tendiente a establecer en qué repercute a la EPS su decisión y si la misma está bien. Al respecto y a pesar que la consulta no es muy precisa, vale la pena tener en cuenta lo siguiente:

En cuanto a los Planes Voluntarios de Salud, el artículo 169 de la Ley 100 de 1993<sup>1</sup>, sustituido por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011<sup>2</sup>, establece entre otras cosas lo siguiente:

*“Artículo 37. Planes Voluntarios de Salud. Sustitúyase el artículo 169 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto:*

*Artículo 169. Planes Voluntarios de Salud. Los Planes Voluntarios de Salud 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.*

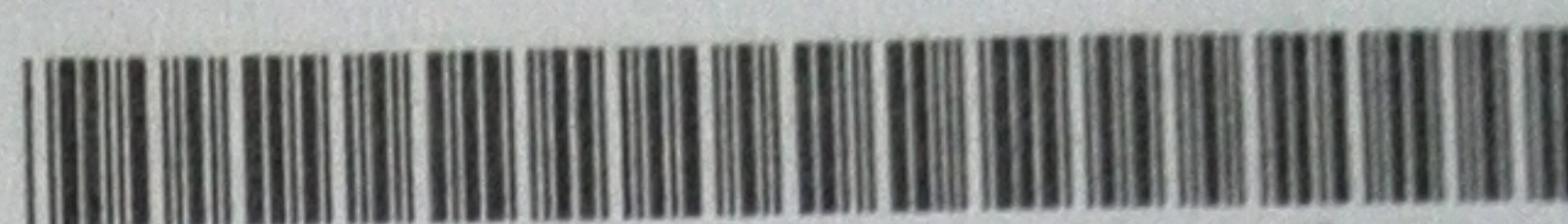
(...)

*Tales Planes podrán ser:*

<sup>1</sup> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

<sup>2</sup> “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”.





Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411200781721

Fecha: 30-05-2014

Página 2 de 4

(...)

*169.2 Planes de Medicina Prepagada, de atención prehospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada.*

(...)"

De lo anterior se concluye, frente al tema objeto de consulta, que a pesar de no utilizar los servicios de su EPS, podrá continuar con su Plan Voluntario de Salud, en este caso de medicina prepagada, siempre y cuando demuestre la continuidad de la cotización al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, tal y como lo dispone la normativa anteriormente transcrita.

Aunado a lo anterior, debe traerse a colación frente a los planes de medicina prepagada, lo expresado por la Corte Constitucional en algunos apartes de la Sentencia T – 563 de 2009<sup>3</sup>, así:

" (...)

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

(...)"

Al respecto, vale la pena destacar que tanto la prestación de servicios de salud como la entrega de medicamentos, estarán sujetos a las condiciones establecidas en el contrato de medicina prepagada que haya suscrito.

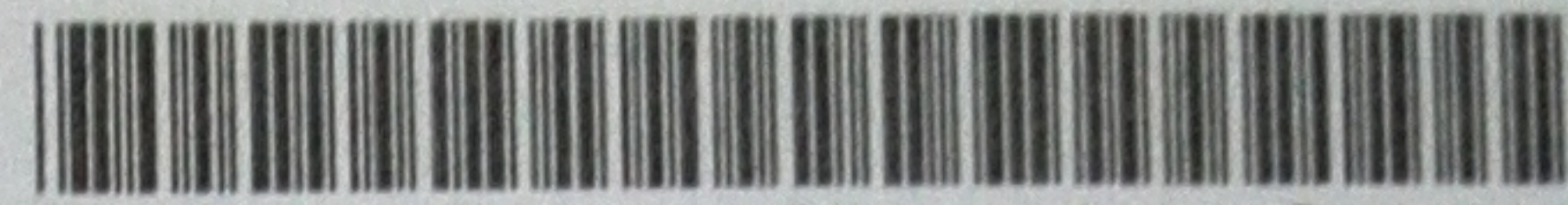
Por otro lado, vale la pena mencionar el principio de la libre escogencia, el cual es aplicable en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, conforme lo prevé el numeral 3.12 del artículo 3 de la Ley 1438 de 2011<sup>4</sup>, modificatorio del artículo 153 de la Ley 100 de 1993<sup>5</sup>, el cual lo define de la siguiente manera:

<sup>3</sup> El contrato de Medicina Prepagada se caracteriza por ser un contrato privado, bilateral, oneroso, aleatorio, principal, consensual y de ejecución sucesiva en los términos del Código Civil y surge como un contrato de adhesión, donde los extremos contractuales se obligan mutuamente a través de cláusulas y condiciones que no son discutidas libre y previamente, sino preestablecidas por una de ellas en los términos aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud y respecto de las cuales la otra manifiesta su aceptación y adherencia o su rechazo absoluto.

<sup>4</sup> "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

<sup>5</sup> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.





Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411200781721

Fecha: 30-05-2014

Página 3 de 4

**"Artículo 3°. Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.**  
Modifícase el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, con el siguiente texto: "Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud:

(...)

3.12 Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

(...)"

Así las cosas, frente a su inconformidad con la Entidad Promotora de Salud, podrá en ejercicio del principio de la libre escogencia, trasladarse de EPS una vez haya transcurrido un (1) año desde su vinculación, conforme lo dispone el parágrafo 1 del artículo 25 de la Ley 1122 de 2007<sup>6</sup>.

Adicionalmente, el capítulo I del título III del Decreto 1485 de 1994<sup>7</sup>, regula el principio de la libre escogencia de entidades promotoras e instituciones prestadoras de servicios de salud, previendo en los numerales 4 y 5 de su artículo 14, lo siguiente:

*"4°. Libre escogencia de Entidades Promotoras de Salud. Se entenderá como derecho a la libre escogencia, de acuerdo con la Ley, la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del Plan Obligatorio.*

(...)

*5°. La Libre Escogencia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. La Entidad Promotora de Salud garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el Plan Obligatorio de Salud entre un número plural de prestadores. Para este efecto, la entidad deberá tener a disposición de los afiliados el correspondiente listado de prestadores de servicios que en su conjunto sea adecuado a los recursos que se espera utilizar, excepto cuando existan limitaciones en la oferta de servicios debidamente acreditadas ante la Superintendencia Nacional de Salud."*

Por lo anterior y en el marco de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud, como afiliada al régimen contributivo, puede hacer uso del derecho de la libre escogencia para seleccionar la Entidad Promotora de

<sup>6</sup> por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

<sup>7</sup> "Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud."





Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201411200781721

Fecha: 30-05-2014

Página 4 de 4

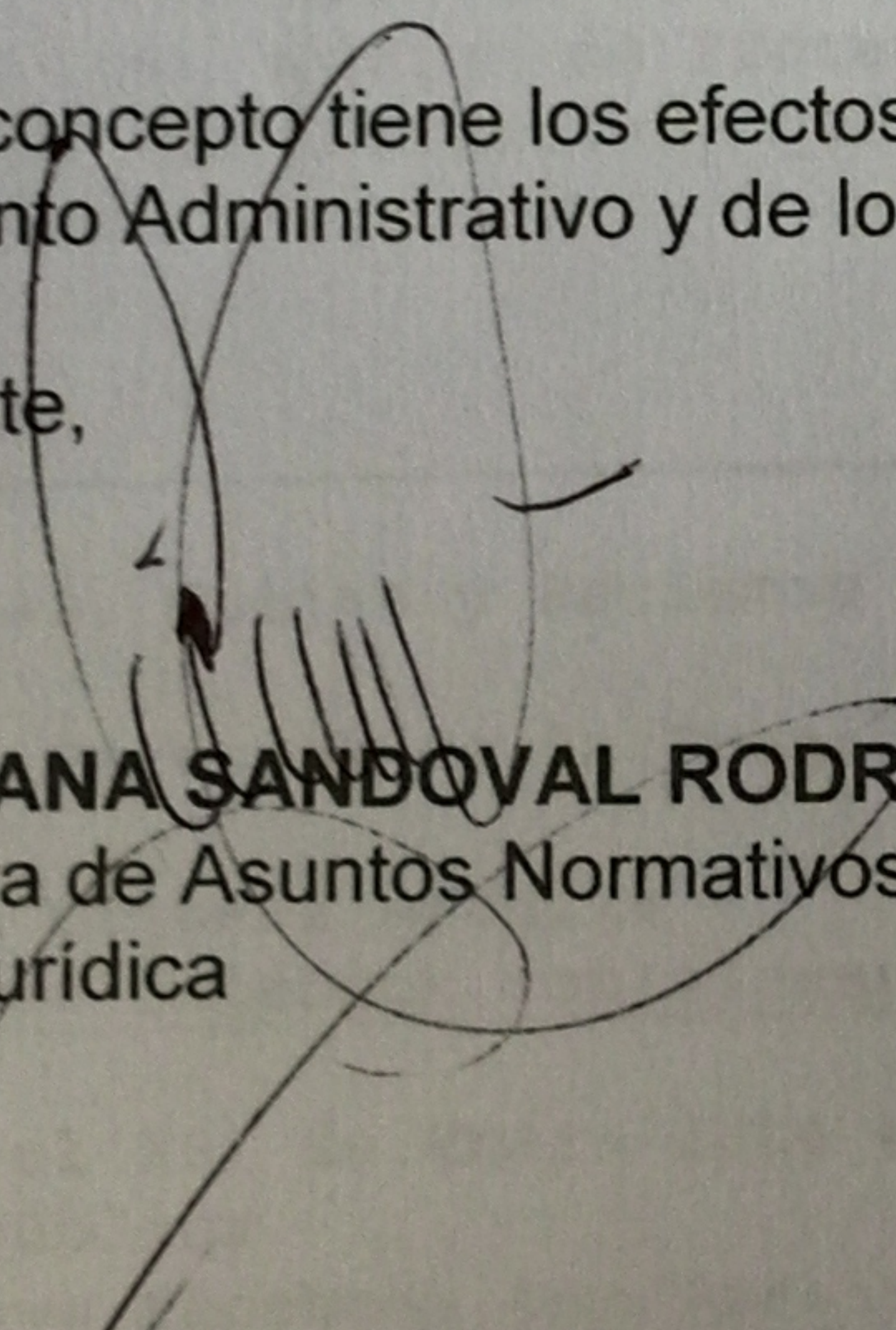
Salud y la Institución prestadora de salud, que conforme a su criterio sea la más idónea.

Por otro lado, en cuanto al Plan voluntario de Salud, en el marco de lo artículo 169 de la Ley 100 de 1993<sup>8</sup>, sustituido por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011, podrá como ya se había mencionado en líneas anteriores, continuar afiliada a la entidad de medicina prepagada, en cuanto demuestre la continuidad de las cotizaciones al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Finalmente, debe precisarse que como afiliada a la EPS y al Plan Voluntario de Salud – medicina prepagada, tiene la libertad de escoger en cual de estas entidades desea que le presten el servicio de salud, no obstante, el pago de las prestaciones económicas derivadas de la incapacidad, licencia de maternidad y/o paternidad, conforme lo dispone el artículo 28 del Decreto 806 de 1998<sup>9</sup>, es un beneficio que solamente otorga el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de las EPS, a sus afiliados cotizantes.

El anterior concepto tiene los efectos determinados en el artículo 28 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

Cordialmente,

  
**OLGA LILIANA SANDOVAL RODRIGUEZ**  
Subdirectora de Asuntos Normativos  
Dirección Jurídica

Proyectó: Johanna M  
Revisó: E Morales  
Aprobó: Olga Liliana S

C:\Documents and Settings\mayorgaa\Mis documentos\JOHANNA MAYORGA AMADOR\Consultas\Consultas Abril\5. 201442300224722 Concepto atención únicamente de medicina prepagada.docx

<sup>8</sup> Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones

<sup>9</sup> Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.