

COLOMBIA



SENADO DE LA REPUBLICA

PRIVADO

Bogotá D.C, XXXXX

Doctor
EMILIO OTERO DAJUD
Secretario General de Senado
Ciudad

Con mi usual respeto y conforme a lo estipulado en el artículo 139 y 144 de la Ley 5 de 1.992, me permito radicar el presente proyecto de Ley “Por medio de la cual se eliminan barreras de acceso en los servicios de salud y se dinamizan los procesos de atención”, para los trámites pertinentes dentro de esta célula Congressional.

Atentamente,

LUÍS CARLOS AVELLANEDA TARAZONA
Senador

COLOMBIA



SENADO DE LA REPUBLICA

PRIVADO

PROYECTO DE LEY No. ____/

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ELIMINAN BARRERAS DE ACCESO EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y SE DINAMIZAN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN”

El Congreso de Colombia

Decreta:

ARTÍCULO PRIMERO. Eliminación de Copagos y Cuotas Moderadoras en la Prestación de Servicios Ambulatorios, Hospitalarios y en la Entrega de Medicamentos. A partir de la vigencia de la presente ley queda prohibido el cobro de cualquier tipo de copagos o cuotas moderadoras a los cotizantes y beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como a la población vinculada, por concepto de la prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios de salud o por concepto de entrega de medicamentos o de exámenes diagnósticos.

ARTÍCULO SEGUNDO. Eliminación de Períodos de Carencia. A partir de la vigencia de la presente ley no se aplicarán períodos de carencia en los regímenes contributivo y subsidiado, por tanto los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, recibirán desde el primer día de afiliación, la totalidad de los servicios definidos en el Plan Obligatorio de Salud, sin ningún tipo de restricción y el costo de la prestación de los mismos irá con cargo pleno a la Unidad de Pago por Capitación, que reciben las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado.

ARTÍCULO TERCERO. Prohibición de Gestión de Autorizaciones por parte del Usuario o de sus Familiares. La totalidad del proceso de solicitud de autorizaciones de servicios de salud, sean estas ambulatorias u Hospitalarias, son responsabilidad exclusiva de las EPS, las IPS o las Secretarías territoriales de Salud que estén a cargo de la atención del paciente, por tanto queda expresamente prohibido el que se delegue dicho proceso, en forma total o parcial, en los usuarios o sus familiares.

Dichas instituciones deben diseñar los procesos administrativos pertinentes que garanticen que las autorizaciones se realicen interinstitucionalmente. La evaluación de la existencia de estos procesos y de su adecuado funcionamiento hará parte integral, a partir de la vigencia de la presente ley, del componente de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, definido en el Decreto 1011 de 2006 o de la norma que en un futuro pudiese remplazarlo.

ARTÍCULO CUARTO. Oportunidad de la Atención en Salud. Los servicios de salud, que hacen parte del primer nivel de atención, deberán ser brindados a los usuarios en un período de tiempo inferior a tres días calendario, una vez han sido solicitados por parte del usuario.

Los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios que hacen parte de los demás niveles de atención, deberán ser prestados en un lapso de tiempo inferior a 30 días calendario, contados a partir de la solicitud hecha por el profesional de la salud tratante.

Para el cumplimiento del contenido del presente artículo, las EPS e IPS deben diseñar los procesos administrativos pertinentes que lo garanticen, los cuales deben incluir políticas de incentivo a la redistribución geográfica del talento humano en salud y la ampliación de sus redes contratadas de servicios de salud o el uso de prestadores externos a su red contratada. La evaluación de la existencia de estos procesos y de su adecuado funcionamiento hará parte integral, a partir de la vigencia de la presente ley, del componente de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, definido en el Decreto 1011 de 2006 o de la norma que en un futuro pudiese remplazarlo.

Parágrafo primero. Queda prohibido todo tipo de prácticas conducentes al enmascaramiento de la oportunidad de la atención, tales como el cierre de agendas, asignación de turnos o fichas, para la solicitud de citas o cualquier otro que exista o se cree con dicho fin.

Dado que los servicios de salud tienen un alto componente de apoyo al ser humano, la asignación de citas no podrá ser realizada a través de máquinas, sino por seres humanos capacitados, en el sentido del servicio con calidad e integralidad.

Parágrafo segundo. En el caso de supraespecialidades de salud, cuya oferta de profesionales capacitados para brindarlas en el país no sea suficiente para garantizar la oportunidad definida en el presente artículo, la Superintendencia Nacional de Salud, previo estudio, podrá definir oportunidades superiores que en ningún caso podrán sobrepasar los sesenta días calendario.

Parágrafo tercero. Las IPS, clínicas, consultorios de profesionales de la salud independientes y hospitales deberán dar prioridad en la asignación de citas en sus agendas a los afiliados y beneficiarios, de los regímenes contributivo y subsidiado, únicamente según criterios médicos y condiciones de salud del paciente y no según políticas internas de las instituciones en las que se les de prioridad a la capacidad económica o afiliación a medicina prepagada, planes complementarios o pólizas de salud.

ARTÍCULO QUINTO. Continuidad en la Atención. Con el fin de evitar la fragmentación en la atención en salud, toda IPS que reciba o a la que se le remita un paciente, estará autorizada a prestarle todos los servicios que tenga habilitados y que requiera el usuario, con el fin de garantizarle la atención integral, sin que le sea negado el pago de los mismos, por parte de la EPS o Secretaría Territorial de Salud, responsable del paciente.

El traslado de un paciente ambulatorio u hospitalario, en proceso de recuperación de su salud, hacia otra IPS solo se realizará si este requiere de un nivel superior de atención o de un servicio no habilitado por la institución en que se encuentra siendo atendido.

ARTÍCULO SEXTO. Acceso geográfico a los Servicios de Salud. Los servicios de salud contenidos en el primer nivel de atención y los que hacen parte del Plan Nacional de Salud Pública definido en el Decreto 3039 de 2007, o las normas que lo complementen o modifiquen, deberán ser prestados en el municipio de residencia del usuario y para el caso de los afiliados habitantes de ciudades estos deberán ser prestados en su localidad o comuna de residencia, en ambos casos mediante la implementación de un modelo de atención primaria en salud, cuyos hallazgos diagnósticos y sus remisiones se considerarán de obligatoria aceptación por parte de las EPS o Secretarías Territoriales de Salud responsables del usuario.

En caso de incumplimiento por parte de las EPS o Secretarías Territoriales de Salud del contenido del presente artículo, estas asumirán los costos de desplazamiento en que incurra el usuario y serán sancionadas por parte de la Superintendencia Nacional de Salud como se establece en el artículo décimo primero de la presente Ley.

Parágrafo. La prestación de los servicios de salud que requieran las personas en situación de discapacidad y los ancianos que tengan serias limitaciones de desplazamiento a causa de su situación de salud, les tendrán que ser brindados en sus respectivos lugares de residencia por parte de las EPS, IPS o Secretarías de Salud, responsables de su atención, si el paciente así lo solicita.

ARTÍCULO SÉPTIMO. Acceso Cultural a los Servicios de Salud. Las EPS y Secretarías Territoriales de Salud garantizarán, que los servicios de salud prestados a las comunidades indígenas se realicen en su lengua materna, para lo cual deberán contar dentro de su red de prestadores con profesionales de la salud, conocedores de dichas lenguas o en su defecto brindar servicios de traducción, que permitan a los indígenas la comunicación fluida entre el profesional tratante y el usuario.

En el mismo sentido, los modelos de atención de las EPS deben contemplar la aceptación e integración de los conceptos de los médicos tradicionales, entendidos estos bajo la definición dada a los mismos en la ley 1164 de 2007, dentro de los protocolos de atención definidos para dichas comunidades. Estos protocolos serán el resultado de un consenso logrado en un diálogo de iguales entre los profesionales de la salud, el médico tradicional y las comunidades.

ARTÍCULO OCTAVO. Cubrimiento de Incapacidades Inferiores a Tres Días. Las incapacidades generadas por enfermedad general cuya duración sea inferior o igual a tres días calendario serán cubiertas en su totalidad por el patrono, por ende el trabajador recibirá el salario correspondiente sin ningún tipo de descuento.

ARTÍCULO NOVENO. El artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo quedará así: “En caso de incapacidad comprobada para desempeñar sus labores, ocasionada por enfermedad no profesional, el trabajador tiene derecho a que el patrono le pague un auxilio monetario del 100% del salario que devengue el trabajador, por el número de días

establecidos por el profesional de la salud tratante como incapacidad, con un tope máximo de ciento ochenta días”.

ARTÍCULO DÉCIMO. Negación de Servicios por parte de los Comités Técnicos Científicos. En el caso que un comité técnico científico de una EPS decida negar un procedimiento, una consulta, un examen diagnóstico, un tratamiento o un medicamento, y ésta decisión se revoque mediante tutela, la EPS, sea ésta del Régimen Contributivo o Subsidiado, estará obligada a pagar el 100% del valor de los servicios tutelados, con cargo a sus recursos propios.

ARTICULO DECIMOPRIMERO. Sanciones. El incumplimiento de lo establecido en la presente Ley será considerado falta grave y la Superintendencia Nacional de Salud podrá sancionar a la EPS, IPS o secretarías territoriales de salud que incurran en dicha falta en lo económico desde multas sucesivas, hasta por una suma equivalente a 10.000 salarios diarios mínimos legales, vigentes en el momento de dictarse la respectiva resolución; hasta con la revocatoria de su habilitación para funcionar en el caso de las EPS y las IPS, cuando sea sancionada con multa por más de tres veces.

ARTICULO DECIMOSEGUNDO. Vigencia. La presente Ley rige a partir de su publicación en el diario oficial y deroga todas las medidas que sean contrarias.

LUÍS CARLOS AVELLANEDA T.
Senador de la República

CAMILO ERNESTO ROMERO
Senador de la República

MAURICIO OSPINA GOMEZ
Senador de la República

GLORIA INES RAMIREZ
Senadora de la República

ALEXANDER LOPEZ MAYA
Senador de la República

JORGE ELIÉCER GUEVARA
Senador de la República

JORGE ENRIQUE ROBLEDO
Senador de la República

IVAN MORENO ROJAS
Senador de la República

ALBA LUZ PINILLA
Representante a la Cámara

GERMAN NAVAS TALERO
Representante a la Cámara

IVAN CEPEDA CASTRO
Representante a la Cámara

WILSON NEVER ARIAS
Representante a la Cámara

COLOMBIA



SENADO DE LA REPUBLICA

PRIVADO

PROYECTO DE LEY No. ____/

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ELIMINAN BARRERAS DE ACCESO EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y SE DINAMIZAN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN”

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

A pesar que en el artículo 49 de la Constitución Nacional se define a la salud como un servicio público, este concepto ha sido ampliado por la Corte Constitucional en múltiples sentencias, elevando a la salud a la categoría de Derecho Fundamental, consagrado en el artículo 11 constitucional.

Lo anterior, se complementa con lo contenido en el Protocolo de San Salvador, firmado por Colombia en 1988 y ratificado por el Honorable Congreso en el año de 1991, el cual en su artículo 10 expresa lo siguiente:

“Artículo 10. Derecho a la Salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.”

La materialización de este derecho está normada especialmente en los contenidos de las leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007 y 1250 de 2008, las cuales a través del establecimiento de dos regímenes, contributivo y subsidiado, pretenden garantizar el acceso a los servicios de salud, mediante un modelo prioritariamente fundamentado en el denominado subsidio a la demanda, según el cual la portabilidad de un carné por parte de cada afiliado al Sistema General de Seguridad Social en salud - SGSSS, permite la exigencia de los contenidos del Plan Obligatorio de Salud - POS, en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS, que hayan sido contratadas para dicho fin, por parte de las Entidades Promotoras de Salud - EPS.

Sin embargo, en la cotidianidad los afiliados se enfrentan a múltiples prácticas de selección adversa, que buscan crear barreras de acceso a los servicios de salud a que tienen derecho, lo cual ha producido un aumento en el número de tutelas presentadas ante los jueces y un retroceso en los indicadores de salud del país, lo que repercute negativamente en la calidad de vida de los habitantes del territorio nacional.

Una de las principales barreras de acceso de tipo económico es la aplicación de copagos y cuotas moderadoras por parte de las EPS a los afiliados al SGSSS, estos cobros están reglamentados en el Acuerdo 260, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS, de la siguiente forma:

“Artículo 8°. Monto de cuotas moderadoras. Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad contemplada en el artículo 6° del presente acuerdo, a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente.

2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente.

3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos, el 121.5% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Artículo 9°. Monto de copagos por afiliado beneficiario. El valor por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes, de la siguiente manera:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente.

2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente, por un mismo evento.

3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que por un mismo evento exceda del 230% de un (1) salario mínimo legal mensual vigente.”

Los valores relacionados anteriormente, en lo referente a las cuotas moderadoras, representaron un aumento frente a los establecidos inicialmente en el Acuerdo 30 del CNSSS, como se detalla en el siguiente cuadro:

INGRESOS TRABAJADOR	ACUERDO		AUMENTO PORCENTUAL
	30	260	
Menos de 2 smmlv	10% smdlv	11,7% smdlv	17%
De 2 a 5 smmlv	40% smdlv	46,1 smdlv	15,25%

Más de 5 smmlv	105% smdlv	121,5% smdlv	15,70%
-----------------------	---------------	-----------------	--------

Lo mismo sucedió con los valores de los copagos, como se detalla a continuación:

INGRESOS TRABAJADOR	ACUERDO		AUMENTO PORCENTUAL
	30	260	
Menos de 2 smmlv	10% Tarifas	11,5% Tarifas	15%
De 2 a 5 smmlv	15% Tarifas	17,3% Tarifas	15,33%
Más de 5 smmlv	20% Tarifas	23% Tarifas	15,00%

Al analizar los valores correspondientes al aumento porcentual, se identifica que hubo un incremento superior al 15%, tanto en el cobro de copagos como en el de cuotas moderadoras, lo que afecta directamente el gasto de bolsillo de los hogares, dificultando el acceso a los servicios de salud, lo que puede repercutir en el costo en salud total del sistema, ya que muchos colombianos tienen que retrasar la asistencia a sus servicios de salud al no poder cancelar el valor correspondiente al copago o cuota moderadora, según su nivel de ingresos, lo que puede complicar la atención de la patología que los afecta, al ser diagnosticada en estadios superiores, cuyo tratamiento es más costoso o en el peor de los casos conducir a la muerte al usuario.

Un fenómeno adicional, es que profesionales de la salud particulares ofertan consultas a tarifas particulares inferiores al monto de la cuota moderadora, lo que hace que algunos afiliados recurran a ellos, lo que representa un doble gasto en salud para el usuario y una reducción del gasto en salud de la EPS.

Por tales motivos, el presente proyecto de ley plantea en su primer artículo la eliminación de todo cobro de copagos y cuotas moderadoras, como mecanismo que garantice el acceso oportuno a los afiliados al SGSSS, lo que repercutirá en el mejoramiento del estado de salud general de la población colombiana.

En el artículo segundo, se plantea la eliminación de todos los períodos de carencia, ya que aunque estos fueron reducidos en la ley 1122 de 2007 a seis meses, estas se constituyen en barreras de acceso en especial para la atención de patologías ruinosas y catastróficas y se pone en riesgo la vida de los usuarios, violándose con ello lo promulgado en el artículo 11 constitucional.

En lo relacionado con el artículo tercero, el Decreto 4747 de 2007 establece en sus artículos 15 y 16 lo siguiente:

“Artículo 15. Solicitud de servicios electivos. Si para la realización de servicios de carácter electivo, ambulatorios u hospitalarios, las entidades responsables del pago de servicios de salud tienen establecido como requisito la autorización, ésta será diligenciada por el prestador de servicios de salud con destino a la entidad responsable del pago, en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 16. Respuesta de autorización de servicios electivos. Las entidades responsables del pago de servicios de salud deben dar respuesta a los usuarios de las solicitudes de autorización de servicios electivos tanto ambulatorios como hospitalarios, dentro de los términos, por las vías y en el formato que determine el Ministerio de la Protección Social, sin que el trámite de la autorización pueda ser trasladado al usuario o su acudiente. Este trámite es de responsabilidad exclusiva de la entidad responsable del pago, así como la garantía al usuario de la integralidad de la atención, en función del modelo de atención establecido en los acuerdos de voluntades suscritos con los prestadores de servicios de salud.

El Ministerio de la Protección Social determinará los términos y procedimientos de seguimiento que permitan garantizar la oportunidad en la asignación de citas para la prestación de servicios electivos.”

Si bien en los artículos transcritos se aborda el tema, es necesario explicitarlo en la ley, adicionándole sanciones en el caso del incumplimiento de dicho proceso, ya que aunque el decreto en mención fue expedido hace más de un año, la implementación del mismo a la fecha no se ha extendido plenamente a todos los servicios cuya cobertura es responsabilidad de las EPS y de los entes territoriales, en especial en los servicios ambulatorios; por tal motivo el presente proyecto plantea sanciones e incorpora dicho proceso en los estándares de calidad definidos en el Decreto 1011 de 2006, con el objetivo de agilizar su implementación, eliminando con ello barreras de tipo administrativo y económico a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En cuanto a la propuesta contenida en el artículo cuarto, la oportunidad con la que se accede a un servicio en salud es uno de las características fundamentales de la excelente calidad que debe brindar un sistema de salud. Sin embargo y de acuerdo con el estudio realizado en el año 2005 por parte de la defensoría del pueblo, denominado “Evaluación de los servicios de las EPS”, en este se estableció que la oportunidad en la atención en los servicios era elevada en relación con los estándares internacionales, que establecen para el caso de la medicina general un tiempo de oportunidad inferior a dos días, mientras que en Colombia ese tiempo es de cinco días en promedio en el Régimen Subsidiado y de seis días en promedio para el caso del Régimen Contributivo; los tiempos de la oportunidad para otros servicios se expresan en la siguiente tabla:

	RÉGIMEN	
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO
Atención en Urgencias	101,37	97,62
Realización de cirugías	51,26	21,45
Atención en medicina especializada	23,39	13,63
Realización de imágenes diagnósticas	12,9	5,12
Atención en Odontológica	8,29	6,11
Atención en Medicina General	6,79	5,44
Realización de exámenes de laboratorio	4,42	2,85
Entrega de medicamentos	3,17	1,7
Nota: El tiempo de atención en urgencias se expresa en minutos, los demás tiempos corresponden a días.		
Fuente: Evaluación de servicios EPS. Defensoría del Pueblo 2,005		

Con el fin de mejorar estos tiempos de oportunidad, el proyecto plantea su inclusión dentro de los estándares de calidad establecidos para la habilitación en el Decreto 1011 de 2006 y sanciones acordes a la importancia que para el Derecho a la Vida, tiene este tema. Adicionalmente se prohíben prácticas de enmascaramiento del real tiempo de oportunidad tales como el cierre periódico de agendas o la entrega de un número limitado de fichas para la asignación de citas, lo que tiene como resultado la restricción del acceso a los servicios de salud por parte de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Otro gran reto de la calidad en salud, es el garantizar la continuidad en la atención a los usuarios, con tal fin, en el artículo quinto se establece que una vez ingresado un paciente a una institución prestadora de servicios de salud, en ella se le deben realizar todos los procedimientos que sean requeridos para la recuperación de la salud del usuario, con lo cual se busca evitar la fragmentación en la atención que en muchos casos llevan a cabo EPS y Entidades Territoriales, en la búsqueda de intereses netamente económicos, al trasladar un usuario del prestador receptor a un prestador cuyo tarifario les favorezca, sin tener en cuenta las reales necesidades en salud de su afiliado y en muchos casos colocando con ello en riesgo su vida.

En cuanto a los accesos geográfico y cultural, el presente proyecto busca un reconocimiento de las particularidades que cada población tiene para acceder a los servicios de salud, en el primer caso en lo relacionado con la dispersión poblacional lo que dificulta y encarece los costos que implica el llegar a un punto de atención en salud distante a su lugar de residencia, adicionalmente el enfoque de atención debe ser capaz de contextualizar a la persona con su entorno, es decir con su realidad social y con su componente psicológico, tal y como lo concibe la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, acogida jurisprudencialmente por la Honorable Corte Constitucional en su Sentencia T-760 de 2008, la cual expresa: *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*

Para el logro de este fin, el presente proyecto plantea como estrategia la atención primaria en salud, definida en la declaración de Alma Ata de 1978 en sus numerales VII, VIII y IX, de la siguiente forma:

VII

La atención primaria de salud:

- 1. es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;*
- 2. se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;*
- 3. comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;*
- 4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;*
- 5. exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;*
- 6. debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;*
- 7. se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.*

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

Y adicionalmente, el proyecto busca el respeto de los pueblos aborígenes de Colombia y de las comunidades negras y ROM, a través de la exigencia del respeto de sus tradiciones y de su lengua, en los procesos que implica la atención en salud, con el fin de garantizar un acceso real de estas comunidades a los servicios a que tienen derecho como habitantes del territorio nacional y por ende el pleno respeto de su derecho fundamental a la vida.

En cuanto a las incapacidades por enfermedad general, estas se han convertido en un castigo para el trabajador, ya que en el caso de que las mismas no superen los tres días calendario, muchos empleadores al no tener la posibilidad de su recobro a la EPS, obligan al trabajador a pagar a la persona que los remplace durante los días no laborados o hacen descuentos de estos días en la nómina, lo que avoca a que el trabajador en detrimento de su salud asista a cumplir su jornada laboral, con las respectivas consecuencias para su estado de salud. Por tal motivo, el presente proyecto conmina al patrono a asumir la responsabilidad del pago de este período de incapacidad, permitiendo con ello al trabajador la plena recuperación de su salud, en los términos que el profesional de la salud tratante haya determinado, según el proceso salud enfermedad.

En el mismo sentido, el artículo noveno modifica el artículo 227 del Código Sustantivo del Trabajo, estableciendo el pago del 100% del salario base de cotización del trabajador, en caso de incapacidades por concepto de enfermedad general que superen los tres días calendario, cuyo pago está actualmente a cargo de la EPS, ya que un evento negativo en la salud de un trabajador no puede constituirse en un detrimento en su capacidad económica, máxime si se tiene en cuenta que un ser humano enfermo se halla en alta vulnerabilidad psicológica y social.

Finalmente, respecto del artículo décimo propuesto, es pertinente traer parte de la Sentencia de la Honorable Corte Constitucional C-463, la cual expresa:

“De conformidad con lo anterior, y una vez realizada la integración normativa en relación con el aparte “En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS

llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga.”, contenida en el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, esta Sala encuentra que en aras de darle aplicación al principio de “conservación del derecho” y dado que la normatividad bajo estudio al no tener en cuenta sino los casos de enfermedades de alto costo para el suministro de medicamentos no incluidos en el POS y sólo para el caso del régimen contributivo, pasará esta Sala a condicionar dicha disposición.

Así las cosas, y con fundamento en todo lo expuesto en la parte considerativa y motiva de esta providencia, encuentra la Sala que la obligación que se impone a las EPS como consecuencia jurídica por haber vulnerado el derecho a la atención oportuna y eficiente de los servicios médicos no puede limitarse a los usuarios que requieran los medicamentos para enfermedades de alto costo ni a los afiliados y beneficiarios del régimen contributivo, pues no se encuentra justificación para ese trato distinto a usuarios que están en la misma situación frente al goce efectivo de su derecho a la salud, de manera que tal y como se encuentra redactada la norma resulta vulneratoria de los artículos 48 y 49 de la Constitución Nacional.

En consecuencia, la Corte teniendo en cuenta el principio de “conservación del derecho” condicionará la exequibilidad del aparte contenido en el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 del 2007, de manera que se entienda que el reembolso a que son obligadas las EPS objeto de un fallo de tutela, también se aplica respecto de todos los medicamentos y servicios médicos ordenados por el médico tratante no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legales de seguridad social en salud vigentes.”

Es así, que para evitar que los Comités Técnico Científicos de las EPS se conviertan en negadores sistemáticos de los eventos No POS, con el fin de solo evitar la sanción establecida, el proyecto define que si un juez mediante acción de tutela revoca lo decidido por el Comité Técnico Científico, la EPS correspondiente será responsable del 100% del valor de la atención inicialmente negada.

De los Honorables Congresistas,

Atentamente,

LUÍS CARLOS AVELLANEDA T.
Senador de la República

CAMILO ERNESTO ROMERO
Senador de la República

MAURICIO OSPINA GOMEZ
Senador de la República

GLORIA INES RAMIREZ
Senadora de la República

ALEXANDER LOPEZ MAYA
Senador de la República

JORGE ELIÉCER GUEVARA
Senador de la República

JORGE ENRIQUE ROBLEDO
Senador de la República

IVAN MORENO ROJAS
Senador de la República

ALBA LUZ PINILLA
Representante a la Cámara

GERMAN NAVAS TALERO
Representante a la Cámara

IVAN CEPEDA CASTRO
Representante a la Cámara

WILSON NEVER ARIAS
Representante a la Cámara