

BORRADOR. VERSIÓN PARA COMENTARIOS

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA N° ____ DE 2010

Por el cual se regula el derecho a la salud y a la igualdad y los principios de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, autocuidado y universalidad en el acceso a los servicios de seguridad social en salud, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud.

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DECRETA

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

ARTÍCULO 1º-. Plan Obligatorio de Salud. Para proteger la vida y la salud de las personas habrá un plan de beneficios amplio, incluyente y progresivo de prestaciones, en los términos que señala la presente ley, garantizado a través de los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

ARTÍCULO 2º-. Acceso a la prestación de servicios de salud. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen acceso a la prestación de los servicios a través del Plan Obligatorio de Salud, en condiciones de igualdad, sin discriminación por su condición de sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, y con sujeción a los principios de solidaridad, equidad, universalidad, calidad, autocuidado de la salud, eficiencia, sostenibilidad y progresividad en los términos que establece la presente ley.

ARTÍCULO 3º-. Principios del acceso al servicio de seguridad social en salud. Son principios del acceso al servicio de seguridad social en salud:

Igualdad: El acceso a la seguridad social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano por razones de sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica.

Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda para garantizar el acceso a los servicios de seguridad social en salud entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

Equidad: El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso en las mismas condiciones de calidad a los servicios de seguridad social en salud a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago, evitando que prestaciones individuales pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

Universalidad: Los bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos.

Calidad: Es la atención oportuna e integral de acuerdo con los protocolos, guías y estándares técnicos.

Autocuidado: Es el deber que tiene toda persona de procurar el cuidado integral de su salud, la de su familia y de la comunidad.

Eficiencia: Es la mejor utilización de los recursos disponibles en el Sistema para que el servicio de seguridad social en salud sea prestado de forma adecuada y oportuna.

Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema no podrán exceder los recursos destinados por la ley para tal fin.

Progresividad: Es la gradualidad tanto en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo los principios de sostenibilidad y eficiencia; como en la realización

de aportes en razón de la capacidad económica y el menor autocuidado que derive en mayores costos de atención.

CAPÍTULO II

EL Plan Obligatorio de Salud

ARTÍCULO 4°.- Contenido del Plan Obligatorio de Salud. El contenido del Plan Obligatorio de Salud se establecerá de acuerdo con los siguientes criterios técnicos: perfil demográfico y epidemiológico de la población, la evidencia científica probada para el uso de tecnologías, y los recursos disponibles para financiar dichas actualizaciones o inclusiones, en términos de seguridad, integralidad, efectividad, racionalidad en el costo y las preferencias de los ciudadanos.

El Plan Obligatorio de Salud tendrá un componente de prestaciones explícitas, exigibles necesarias para garantizar la salud de los afiliados y beneficiarios, e incluirá prestaciones de salud para enfermedades graves, incurables, la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a las personas y sus grupos familiares. En caso que dichas prestaciones no sean las pertinentes para atender las condiciones individuales, el médico tratante adscrito a la Entidad Promotora de Salud podrá prescribir las necesarias, las cuales, para poder ser proporcionadas, deberán someterse al Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud, que deberá pronunciarse favorablemente en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto. El cálculo de la Unidad de Pago por Capitación incluirá el valor adicional esperado de estas prestaciones. No habrá lugar a recobros.

Quedan excluidas las prestaciones suntuarias; meramente cosméticas; los procedimientos, medicamentos y tecnologías experimentales sin evidencia científica; los que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y las prestaciones que no tienen un efecto sobre la salud.

Las enfermedades huérfanas no estarán incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y se financiarán con los recursos establecidos en la ley.

ARTÍCULO 5°. Actualización del Plan Obligatorio de Salud. El Plan Obligatorio de Salud deberá ser amplio e incluyente y deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años, sin perjuicio de poder realizar actualizaciones o ajustes parciales, durante el periodo de su vigencia. Para la exclusión o inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos o insumos, deberán tenerse en cuenta, entre otros, los siguientes criterios:

1. El perfil epidemiológico y demográfico de la población colombiana.
2. La disponibilidad de recursos y el equilibrio financiero de la UPC.
3. Deberá señalarse la priorización, los plazos y metas para la progresiva inclusión o exclusión.
4. Los avances científicos probados acorde con criterios de costo efectividad.
5. Una amplia participación ciudadana.

Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan Obligatorio de Salud deben ser públicas y explícitas y consultar la opinión, entre otros, de las entidades que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud, organizaciones de profesionales de la salud, de afiliados y las sociedades científicas, o de las organizaciones y entidades que se consideren pertinentes.

BORRADOR. VERSIÓN PARA COMENTARIOS

PARÁGRAFO: El Plan Obligatorio de Salud deberá actualizarse de manera integral antes del 1 de diciembre de 2011.

ARTÍCULO 6°.- Accesibilidad a los beneficios del Sistema. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán exigir la prestación oportuna de las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud, atendiendo los estándares definidos para tal fin.

En caso que las Entidades Promotoras de Salud o cualquier otra entidad u organismo del Sistema General de Seguridad Social en Salud se nieguen a cumplir con las prestaciones previstas en el Plan Obligatorio en Salud, o aquellas que siendo ordenadas por el médico tratante fuesen negadas por el Comité Técnico científico, los usuarios podrán acudir a la Superintendencia Nacional de Salud para que, en ejercicio de sus facultades jurisdiccionales, mediante un procedimiento ágil y expedito, conozca y falle en derecho el asunto.

El interesado presentará solicitud ante la Superintendencia Nacional de Salud relativa al rechazo a la prestación del servicio, de la cual se informará a la entidad u organismo que supuestamente la negó, para que allegue las pruebas que justifican su rechazo, dentro de los tres (3) días siguientes a la presentación de la solicitud. La Superintendencia podrá pedir informes adicionales a la entidad, a los médicos tratantes o cualquier otra persona que estime necesario, y resolverá, previo concepto de una junta técnico científica de pares del médico tratante y de otros técnicos relevantes, dentro de los diez días siguientes a la presentación de la solicitud. Si la entidad obligada a la prestación no allega la información solicitada se tendrá como un indicio en su contra. La motivación de la decisión proferida por la Superintendencia Nacional de Salud valorará la pertinencia médica de la prestación solicitada, de acuerdo con los principios señalados por la presente ley. La decisión tendrá apelación, la cual ser surtirá ante el Superintendente delegado para tal fin.

ARTÍCULO 7°.- Unificación del Plan Obligatorio de Salud. El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado se actualizará progresivamente hasta que se unifique con el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, atendiendo los principios de eficiencia, sostenibilidad y progresividad, así como los criterios de actualización del Plan Obligatorio de Salud, consagrados en la presente ley.

En caso de que un afiliado o beneficiario del Régimen Subsidiado requiera prestaciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo antes de la unificación plena de los planes, se prestarán en los términos de dicho régimen por parte de las Empresas Sociales del Estado o las entidades contratadas para el efecto.

Para asumir esta prestación, se requieren los siguientes presupuestos:

- a. Que el servicio se requiera para evitar un peligro grave e inminente contra la vida del paciente.
- b. Que haya sido ordenado por un médico tratante adscrito a la EPS del Régimen Subsidiado.
- c. Tener concepto del Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado, que deberá pronunciarse favorablemente en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud.

BORRADOR. VERSIÓN PARA COMENTARIOS

CAPITULO III

Deber de autocuidado en salud, contribuciones a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud y otras disposiciones

ARTÍCULO 8°.- Deber de autocuidado de la salud. Toda persona debe procurar la atención integral de su salud. Los padres deberán procurar la atención integral a la salud de sus hijos menores o en situación de discapacidad.

Los mayores costos de atención derivados del incumplimiento del deber de autocuidado, podrán derivar en ajustes al valor de los aportes a la cotización o complementarios, conforme a la capacidad económica del afiliado.

ARTÍCULO 9°.- Contribución a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud. Toda persona deberá contribuir a la financiación del Sistema de Seguridad Social en Salud, a través de la cotización al Régimen Contributivo o aportes complementarios para los dos regímenes, según su capacidad económica, con las excepciones que establezca la ley.

Los afiliados y beneficiarios deberán asumir, así sea en mínima parte, el costo del servicio de salud que reciben, con las excepciones que establezca la ley.

ARTÍCULO 10°. i Indicadores de salud y calidad. Las autoridades competentes, con fundamento, entre otros, en el Plan Obligatorio de Salud, deberán establecer indicadores del estado de salud de los colombianos, así como los indicadores de desempeño para todo el sistema.

ARTÍCULO 11°.- Capacitación judicial. Se capacitará periódicamente a las autoridades judiciales en materia de seguridad social en salud, sobre las disposiciones contenidas en la presente ley.

CAPITULO IV

Vigencias y derogatorias

ARTÍCULO 12°.- Vigencia. Esta ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las normas que le sean contrarias. Las disposiciones aquí contenidas no afectan regímenes especiales establecidos conforme a la ley.