



PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA N° ## DE 2010

“Por el cual se regula el derecho a la salud y a la igualdad en salud en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los principios de prioridad del usuario, promoción y prevención, equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, autocuidado, capacidad económica 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.”

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. Ámbito de aplicación. Esta ley regula el derecho a la salud y a la igualdad en los regímenes contributivo y subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en lo referente al Plan de Beneficios, sin perjuicio de la existencia de otros sistemas de aseguramiento o provisión de servicios que contribuyan a la satisfacción del derecho a la salud.

Para el mejor aprovechamiento de los recursos finitos del Sistema, provistos por toda la sociedad y los aportantes en particular de acuerdo con su capacidad económica, prevalecerá el interés general sobre el particular de manera que se garantice el acceso equitativo a los servicios de salud a todos los afiliados y beneficiarios.

ARTÍCULO 2°-. Acceso a la prestación de servicios de salud. Para proteger la vida y la salud de las personas, los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen acceso a la prestación de los servicios a través del Plan de Beneficios, que se prestará en condiciones de igualdad, sin discriminación por su condición de de sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, y con sujeción a los principios que establece la presente ley.

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

Prioridad del usuario. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene por objetivo principal el beneficio del usuario, su salud y bienestar.

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud tendrá como prioridad la promoción de la salud y la prevención y reducción de la enfermedad, con el fin de favorecer el buen estado de salud de los individuos y mejorar su calidad de vida.

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. Sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos fundamentales de los niños.



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.

Capacidad económica. Los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud se harán por los afiliados teniendo en cuenta su capacidad económica, de forma que los más pobres no paguen, y los demás contribuyan con recursos proporcionales a su capacidad económica.

Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios en las mismas condiciones a los afiliados y beneficiarios, 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 los residentes en el país.

Calidad. Los servicios de salud deberán ser pertinentes para atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma ágil y oportuna, mediante una atención amable.

Eficiencia. Es la mejor relación entre los recursos disponibles y los resultados en la salud de los afiliados y beneficiarios.

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

Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios, de acuerdo con los principios de sostenibilidad y eficiencia; y en la realización de aportes en razón de la capacidad económica.

CAPÍTULO II. EL PLAN DE BENEFICIOS

ARTÍCULO 4º.- Criterios para la definición del Plan de Beneficios. El contenido del Plan de Beneficios se establecerá en términos de seguridad, integralidad, efectividad, y racionalidad en el costo de acuerdo con los siguientes criterios técnicos:

1. El perfil epidemiológico y demográfico de la población colombiana.
2. La carga de la enfermedad.
3. La disponibilidad de recursos y el equilibrio financiero de la UPC.
4. La priorización, los plazos y metas para la progresiva inclusión o exclusión de prestaciones.



5. Evidencia científica probada acorde con criterios de costo efectividad.
6. Las preferencias y valores sociales que resulten de la participación ciudadana.

ARTÍCULO 5°-. Contenido del Plan de Beneficios. El Plan de Beneficios tendrá un componente de prestaciones explícitas, exigibles necesarias para garantizar la vida y la salud de los afiliados y beneficiarios, e incluirá prestaciones de salud para enfermedad general, enfermedades graves e incurables y la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a las personas y sus grupos familiares.

En caso que las prestaciones explícitas no sean las médicamente pertinentes para atender las condiciones particulares del individuo, el profesional de la salud tratante adscrito a la Entidad Promotora de Salud o a la Institución Prestadora de Salud, sin perjuicio de su responsabilidad médica, podrá prescribir aquellas que sean aprobadas y disponibles en el país, costo efectivas y estrictamente necesarias.

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 son propias del ámbito de la salud.

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

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 de Beneficios, atendiendo los estándares definidos para tal fin.

Para acceder a las prestaciones no explícitas en el Plan de Beneficios, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud, que se pronunciará en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto.

La entidad cuyo Comité Técnico Científico negó la prestación ordenada por el profesional de la salud tratante adscrito a la Entidad Promotora de Salud o a la Institución Prestadora de Salud enviará, al día siguiente, a la Superintendencia Nacional de Salud la documentación relativa al rechazo a la prestación del servicio, e informará al interesado para que intervenga si lo considera necesario.

La Superintendencia podrá pedir informes adicionales a la entidad, a los profesionales de la salud tratantes o cualquier otra persona que estime necesario y resolverá, previo concepto de una Junta Técnico Científica de pares del profesional de la salud tratante adscrito a la Entidad Promotora de Salud o a la Institución Prestadora de Salud y de otros técnicos relevantes, dentro de los diez días siguientes al recibo del rechazo. Si la entidad no envía la información oportunamente, deberá prestar el servicio. 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.

Los conceptos que emitan los Comités Técnico Científicos y la Junta Técnico Científica tendrán como referencia los protocolos, guías y procedimientos establecidos de acuerdo con las propuestas y recomendaciones hechas por una entidad sin ánimo de lucro de naturaleza mixta de la cual hagan parte las sociedades científicas y los colegios médicos, las cuales deberán observar el principio de sostenibilidad.

ARTÍCULO 7°-. Actualización del Plan de Beneficios. El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, avances tecnológicos, en procedimientos, medicamentos, e insumos, entre otros; sin perjuicio de poder realizar actualizaciones o ajustes parciales, durante el periodo de su vigencia. Para la exclusión o inclusión de prestaciones deberán tenerse en cuenta los principios y criterios técnicos establecidos en la presente ley.

Las metodologías utilizadas para definición y actualización del Plan de Beneficios 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.

El Plan de Beneficios solo podrá ser actualizado por la autoridad administrativa competente para ello.

Parágrafo: El Plan de Beneficios deberá actualizarse de manera integral antes del 1 de diciembre de 2011.

ARTÍCULO 8°-. Financiamiento del Plan de Beneficios. El Plan de Beneficios se financiará con cargo a la Unidad de Pago por Capitación para el pago de las prestaciones explícitas e incluirá un valor adicional, equivalente a una prima, para financiar las prestaciones no explícitas incluidas en dicho plan. En cualquier caso, no habrá lugar a recobros. La prima podrá usarse para financiar dichas prestaciones a través de:

1. Las Entidades Promotoras de Salud.
2. Otras aseguradoras.
3. Una entidad pública que garantice la prestación de los servicios.
4. Otra modalidad de aseguramiento.

ARTÍCULO 9°-. Unificación del Plan de Beneficios. El Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado se actualizará progresivamente hasta que se unifique con el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo, atendiendo los principios de eficiencia, sostenibilidad y progresividad, así como los criterios de actualización del Plan de Beneficios, consagrados en la presente ley.

Parágrafo. La unificación de los planes se hará a más tardar el 28 de febrero de 2015.



CAPÍTULO III. PORTABILIDAD NACIONAL

ARTÍCULO 10°-. Portabilidad nacional. Los afiliados y beneficiarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud podrán acceder a los servicios de salud en el lugar del país que lo requieran.

Parágrafo transitorio. La obligación de portabilidad nacional regirá a partir del 1 de enero de 2012.

CAPÍTULO IV. DISPOSICIONES FINALES

ARTÍCULO 11°-. Deber de autocuidado de la salud. El autocuidado es el deber que tiene toda persona de procurar el cuidado integral de su salud y la de su familia. Toda persona debe procurar la atención integral de su salud. Los padres deberán procurar la atención integral a la salud de sus hijos menores de edad o mayores de edad en situación de discapacidad. Los centros educativos y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán adelantar actividades pedagógicas para enseñar a la población prácticas para el cuidado de su salud y la prevención de la enfermedad.

Las prácticas de autocuidado podrán ser premiadas por las entidades que integran el Sistema bien sea con menores costos en las cuotas moderadoras o copagos o por cualquier otro mecanismo que incentive las buenas prácticas en salud. En ningún caso, el incumplimiento del autocuidado implicará la negación o disminución de los servicios de salud.

ARTÍCULO 12°-. Indicadores de salud y calidad. Las autoridades competentes, con fundamento en el Plan de Beneficios, deberán establecer indicadores del estado de salud de los colombianos, así como los indicadores de desempeño para todo el sistema.

ARTÍCULO 13°-. Destinación e inembargabilidad de los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Los recursos que financian el Sistema General de Seguridad Social en Salud tienen destinación específica, no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente y, en consecuencia son inembargables e imprescriptibles.

ARTÍCULO 14°-. Vigencia y derogatorias. 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, ni otros planes y mecanismos de aseguramiento que desarrollan el servicio público de Seguridad Social en Salud conforme a la ley.

Para que la Superintendencia de Salud asuma sus funciones judiciales en la materia señaladas en la presente Ley, y para la entrada en funcionamiento de los Comités Técnico Científicos y la Junta Técnico Científica, se determina un periodo de transición de un año (1) a partir de la publicación de la presente Ley.