

POSICION DE LA UNIDAD MÉDICA FRENTE AL PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA No. 186 de 2010

Considera la Unidad médica y de profesionales de la salud, cuando menos preocupante, la forma como en el proyecto de Ley Estatutaria en comento, se pretende interpretar y aplicar el derecho a la salud, que emana como fundamental sobre la base jurisprudencial de la sentencia T 760 de 2008. Supeditar el disfrute del derecho a la salud al principio de sostenibilidad financiera del sistema; someter a los “usuarios” a pagar primas adicionales a los actuales copagos y cuotas moderadoras, someter los “afiliados” a nuevos escenarios para acceder a las ahora denominadas prestaciones no explícitas o extraordinarias que al ser excluidas del POS podrán ser prescritas por los profesionales tratantes.

CONTENIDO DEL PROYECTO

El proyecto de Ley Estatutaria tiene como objeto “regular parcialmente 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 en los afiliados, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, igualdad, solidaridad, equidad, universalidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, progresividad, participación social, corresponsabilidad y transparencia en el acceso a los servicios de seguridad social en salud, así como el deber de procurar el cuidado integral de la salud.”

El proyecto se encuentra distribuido en cuatro capítulos, divididos en diez y seis artículos y en él se establecen como criterios para la definición del plan de Beneficios: a) El perfil epidemiológico y demográfico de la población colombiana; b) La carga de la enfermedad; **c) La disponibilidad de recursos y el equilibrio financiero de la UPC; d) La priorización, los plazos y metas para la progresiva inclusión o exclusión de prestaciones; e) Evidencia científica probada acorde con criterios de costo efectividad;** f) Las preferencias y valores sociales que resulten de la participación ciudadana; g) Evitar la configuración de conflictos de interés; y h) Fijar criterios de elegibilidad según priorización científica y social. (subrayados fuera del texto del proyecto de Ley)

De manera adicional, la definición del Plan de beneficios como “un conjunto de prestaciones explícitas, exigibles y necesarias para garantizar la vida y la salud de los afiliados. **En caso que las prestaciones del Plan de Beneficios no sean las 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 de forma excepcional aquellas que se requieran con necesidad, estén disponibles en el país y sean costo efectivas.** Quedan excluidas las prestaciones suntuarias, las únicamente cosméticas, los procedimientos, medicamentos y tecnologías experimentales sin evidencia científica, que solamente se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y las prestaciones que no sean 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 especial sobre la materia”; genera una serie de inquietudes de carácter jurídico, por ejemplo, plasmar de manera expresa en el texto del proyecto de ley el carácter vinculante de la responsabilidad médica la pertinencia de la prescripción, pareciera más un velado mensaje de constreñimiento, pues si bien no se define su alcance si se establece la condición de costo efectividad de la intervención.

Así mismo establece el proyecto “Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico Científico de la

Entidad Promotora de Salud, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios y **su justificación financiera**, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto. La entidad cuyo Comité Técnico Científico negó la provisión de servicios 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 de la provisión de servicios, para que ésta, en ejercicio de su facultad jurisdiccional, mediante el procedimiento señalado en el presente artículo, tome la decisión respectiva, la EPS informará al interesado sobre el traslado, 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 interdisciplinaria con 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 siete (7) días siguientes al recibo del rechazo. Si la entidad no envía la información oportunamente, deberá proveer el servicio. La motivación de la decisión proferida por la Superintendencia Nacional de Salud valorará la pertinencia médica de la provisión solicitada, la necesidad de la provisión extraordinaria y su justificación financiera. **La decisión tendrá apelación. Los conceptos que emitan los Comités Técnico Científicos y la Junta Técnico Científica tendrán como referencia los criterios, protocolos, guías y procedimientos que deberán observar el principio de sostenibilidad y serán establecidos de acuerdo con las propuestas y recomendaciones técnicas y científicas (lex artis)**, hechas por una entidad sin ánimo de lucro de naturaleza mixta de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas. Las sociedades científicas, en desarrollo de la autorregulación de las profesiones, podrán hacer las propuestas correspondientes que deberá formular la entidad sin ánimo de lucro de naturaleza mixta”.

Por último, el proyecto establece que “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 y los hijos están obligados a cuidar a sus padres en su ancianidad en el estado de demencia en todas las circunstancias de la vida en que necesitaren auxilios. El Gobierno Nacional, los entes territoriales, los centros educativos y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud deberán adelantar actividades pedagógicas para promover prácticas orientadas al cuidado de la 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.”

El proyecto no menciona el carácter de fundamental del derecho a la salud, y en cambio de garantizar el derecho a su ejercicio, pareciera que la ley estatutaria buscara limitarlo por la vía de la selección y priorización a través de indicadores de costo beneficio y equilibrio financiero, mecanismos similares a los propuestos en los decretos de emergencia social.

CONCLUSIONES

La Unidad médica y de profesionales de la salud, no comparte la esencia de los proyectos de ley.

Los proyectos legislativos parecieran fundamentarse solo en la “sostenibilidad” del sistema.

La Unidad médica y de profesionales de la salud manifiesta que, aun cuando los proyectos de ley muestran algunos avances, no se coincide en lo fundamental.

No se trata de una verdadera reforma, pues las propuestas de salud no solucionan los problemas del sector en general.

Al pretender regular parcialmente el derecho a la salud sobre la base de un plan de beneficios restringido, se generaría el riesgo de limitar el acceso a la tutela como mecanismo para evitar la vulneración del derecho.