



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)
IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIV - N° 383

Bogotá, D. C., viernes, 5 de junio de 2015

EDICIÓN DE 16 PÁGINAS

DIRECTORES:

GREGORIO ELJACH PACHECO
SECRETARIO GENERAL DEL SENADO
www.secretariasenado.gov.co

JORGE HUMBERTO MANTILLA SERRANO
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

SENADO DE LA REPÚBLICA

INFORMES DE CONCILIACIÓN

INFORME DE CONCILIACIÓN AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 145 DE 2012 SENADO Y 329 DE 2013 CÁMARA

por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo de Alcance Parcial de Naturaleza Comercial entre la República de Colombia y la República Bolivariana de Venezuela”, suscrito en Caracas, República Bolivariana de Venezuela, el 28 de noviembre de 2011, y sus seis anexos con sus respectivos apéndices, suscritos en Cartagena, República de Colombia, el 15 de abril de 2012, así: Anexo I “Tratamiento Arancelario Preferencial”. Anexo II “Régimen de Origen”. Anexo III “Reglamentos Técnicos, Evaluación de la Conformidad y Metrología”. Anexo IV “Medidas Sanitarias, Zoosanitarias y Fitosanitarias”. Anexo V “Medidas de Defensa Comercial y Medida Especial Agrícola”. Anexo VI “Mecanismo de Solución de Controversias”.

Bogotá, D. C., junio de 2015

Doctores

JOSÉ DAVID NAME CARDOZO

Presidente Senado de la República

FABIO RAÚL AMÍN SALEME

Presidente Cámara de Representantes

Congreso de la República.

Referencia: Informe de conciliación al Proyecto de ley número 145 de 2012 Senado y 329 de 2013 Cámara, por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo de Alcance Parcial de Naturaleza Comercial entre la República de Colombia y la República Bolivariana de Venezuela”, suscrito en Caracas, República Bolivariana de Venezuela, el 28 de noviembre de 2011, y sus seis anexos con sus respectivos apéndices, suscritos en Cartagena, República de Colombia, el 15 de abril de 2012, así: Anexo I “Tratamiento Arancelario Preferencial”. Anexo II “Régimen de Origen”. Anexo III

“Reglamentos Técnicos, Evaluación de la Conformidad y Metrología”. Anexo IV “Medidas Sanitarias, Zoosanitarias y Fitosanitarias”. Anexo V “Medidas de Defensa Comercial y Medida Especial Agrícola”. Anexo VI “Mecanismo de Solución de Controversias”.

Apreciados señores Presidentes:

De acuerdo con la designación efectuada por las Presidencias del Senado y de la Cámara de Representantes y de conformidad con los artículos 161 de la Constitución Política y 186 de la Ley 5ª de 1992, los suscritos Senadora y Representante a la Cámara, integrantes de la Comisión Accidental de Conciliación, nos permitimos someter por su conducto, a consideración de las Plenarias del Senado y de la Cámara de Representantes para continuar su trámite correspondiente, el texto conciliado del proyecto de ley de la referencia.

Con el fin de dar cumplimiento a la designación, después de un análisis hemos concluido que el texto aprobado por la honorable Cámara de Representantes recoge lo aprobado en la Plenaria de Senado, a la vez se realizan unos ajustes de técnica jurídica que no afectan el fondo del articulado y espíritu del proyecto de ley.

A continuación, el texto conciliado:

TEXTO CONCILIADO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 45 DE 2012 SENADO Y 329 DE 2013 CÁMARA

por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo de Alcance Parcial de Naturaleza Comercial entre la República de Colombia y la República Bolivariana de Venezuela”, suscrito en Caracas, República Bolivariana de Venezuela, el 28 de noviembre de 2011, y sus seis anexos con sus respectivos apéndices, suscritos en Cartagena, República de Colombia, el 15 de abril de 2012, así: Anexo I “Tratamiento Arancelario Preferencial”. Anexo II “Régimen de Origen”. Anexo III “Reglamentos

Técnicos, Evaluación de la Conformidad y Metrología”. Anexo IV “Medidas Sanitarias, Zoonitarias y Fitosanitarias”. Anexo V “Medidas de Defensa Comercial y Medida Especial Agrícola”. Anexo VI “Mecanismo de Solución de Controversias”.

El Congreso de Colombia

Visto el texto del “Acuerdo de Alcance Parcial de Naturaleza Comercial entre la República de Colombia y la República Bolivariana de Venezuela”, suscrito en Caracas, República Bolivariana de Venezuela, el 28 de noviembre de 2011, y sus seis anexos con sus respectivos apéndices, suscritos en Cartagena, República de Colombia, el 15 de abril de 2012, así: Anexo I “Tratamiento Arancelario Preferencial”. Anexo II “Régimen de Origen”. Anexo III “Reglamentos Técnicos, Evaluación de la Conformidad y Metrología”. Anexo IV “Medidas Sanitarias, Zoonitarias y Fitosanitarias”. Anexo V “Medidas de Defensa Comercial y Medida Especial Agrícola”. Anexo VI “Mecanismo de Solución de Controversias” que a la letra dice:

(Para ser transcritos: Se adjunta fotocopia fiel y completa del texto en castellano del instrumento internacional mencionado, certificada por la Coordinadora del Grupo Interno de Trabajo de Tratados de la Dirección de Asuntos Jurídicos Internacionales del Ministerio de Relaciones Exteriores, documento original que reposa en el archivo de ese Ministerio).

DECRETA:

Artículo 1°. Apruébense el “Acuerdo de Alcance Parcial de Naturaleza Comercial entre la República de Colombia y la República Bolivariana de

Venezuela”, suscrito en Caracas, República Bolivariana de Venezuela, el 28 de noviembre de 2011, y sus seis anexos con sus respectivos apéndices, suscritos en Cartagena, República de Colombia, el 15 de abril de 2012.

Artículo 2°. De conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley 7ª de 1944, el “Acuerdo de Alcance Parcial de Naturaleza Comercial entre la República de Colombia y la República Bolivariana de Venezuela”, suscrito en Caracas, República Bolivariana de Venezuela, el 28 de noviembre de 2011, y sus seis anexos con sus respectivos apéndices, suscritos en Cartagena, República de Colombia, el 15 de abril de 2012, que por el artículo 1° de esta ley se aprueban, obligarán al Estado a partir de la fecha en que se perfeccione el vínculo internacional respecto de los mismos.

Artículo 3°. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación.

De los honorables Congresistas,



TERESITA GARCÍA ROMERO
Senadora de la República



JAIME ARMANDO YEPES MARTÍNEZ
Representante a la Cámara

PONENCIAS

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 83 DE 2014 SENADO

por medio de la cual se establecen los criterios para el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes del sistema de salud y un acompañante.

Doctor

EDUARDO PULGAR DAZA

Presidente Comisión Séptima

Honorable Senado de la República de Colombia
Ciudad

Asunto: Informe de Ponencia para Segundo Debate al Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado, por medio de la cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes y sus acompañantes.

Honorable Presidente:

Atendiendo la honrosa designación que se me ha hecho la Mesa Directiva de la Comisión Sép-

tima del Senado de la República y en cumplimiento del mandato constitucional y de lo dispuesto en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, dentro del término establecido para tal efecto, me permito rendir informe de ponencia para segundo debate en la Honorable Plenaria del Senado de la República al Proyecto de ley número 83 de 2014 de Senado, *por medio de la cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes y sus acompañantes.*

Cordialmente,



H.S. JAVIER MAURICIO DELGADO M.
Ponente

PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE
PROYECTO DE LEY NÚMERO 83
DE 2014 SENADO

por medio de la cual se establecen los criterios para el subsidio de los gastos de transporte alojamiento y manutención a los pacientes del sistema de salud y un acompañante.

Los términos de estudio del proyecto de ley, los presento en el siguiente orden:

1. Antecedentes del proyecto
2. Objeto del proyecto de ley
3. Marco Constitucional y Normativo
4. Pliego de Modificaciones
5. Proposición Final
6. Texto definitivo del proyecto de ley

1. Antecedentes del proyecto de ley

El Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado, *por medio de la cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes y sus acompañantes* fue presentado por el honorable Senador Juan Samy Merheg Marún el 10 de septiembre de 2014, publicado en la **Gaceta del Congreso** número 486 de 2014. Fue radicado en la Comisión Séptima de Senado, el 16 de septiembre de 2014, para su análisis pertinente.

El 2 de octubre de 2014 fue designado como ponente único el honorable Senador Javier Mauricio Delgado Martínez, quien presentó ponencia para primer debate el 27 de noviembre de 2014, publicada en la **Gaceta del Congreso** número 777 de 2014.

El proyecto fue anunciado el 3 de diciembre de 2014 para su respectiva discusión en la Comisión Séptima, el 18 de marzo se dio debate en dicha Comisión, durante la cual se votó la ponencia presentada por el honorable Senador Javier Mauricio Delgado Martínez, con 11 votos a favor, ninguno en contra, sin ninguna proposición modificativa, aditiva, supresiva al respecto y el deseo de la Comisión que el proyecto pasara a segundo debate.

2. Objeto del proyecto de ley

El presente proyecto de ley tiene como objeto definir la obligatoriedad que tienen las EPS de prestar los servicios de salud de manera integral, y en los casos que se requiera provean los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes del sistema de salud y al menos uno de sus acompañantes.

En ese orden de ideas, el propósito de la presente ley es que las EPS deban reconocer además del servicio de transporte diferente a la ambulancia, en aquellas zonas geográficas que por dispersión poblacional se limite el acceso a los servicios de salud, los gastos de alojamiento y manutención de los pacientes y

sus acompañantes cuando sea necesario. Esto con el objetivo que los pacientes se trasladen a ciudades en donde se cuente con la capacidad de resolución y tecnologías requeridas para el tratamiento que no se halle a disposición en el municipio de residencia, y hospedarse por el tiempo que determine el médico tratante, con un acompañante, en caso de que estos no puedan valerse por sí mismos, o cuando se trate de niñas, niños, jóvenes menores de 18 años y adultos mayores.

3. Marco constitucional y normativo

Tal como se establece en la exposición de motivos del proyecto de ley del que me permito rendir ponencia para primer debate, una de las manifestaciones de las barreras de carácter financiero del sistema de salud, ha sido la fragmentación en la prestación de los servicios. Las atenciones se realizan a través de un número elevado de IPS con el fin de lograr el menor precio en cada actividad. Como consecuencia, se pierde la continuidad y calidad de la atención y es el paciente quien debe asumir los costos de transporte al desplazarse de un lado a otro para recibir la atención.

Esta situación genera enormes dificultades, pues conlleva a que un gran número de enfermos, que en ocasiones requieren la compañía de algún familiar, y en la mayoría de los casos con pocos recursos monetarios, se desplacen de ciudad en ciudad para recibir la asistencia médica requerida. De igual manera, se dan casos en los que ni los pacientes ni sus familiares cuentan con los recursos necesarios para el desplazamiento y por esa razón no reciben el servicio de salud necesario.

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) argumentan que los servicios de transporte, alojamiento y manutención no se encuentran incluidos en el POS, y que por esa razón no asumen el gasto de estos servicios. Por ello, los pacientes que deben trasladarse para recibir atención a centros de atención, en donde la distancia y los costos del traslado son bastante altos e insostenibles para aquellas personas con ingresos bajos, deben acudir a la acción de tutela para defender sus derechos fundamentales vulnerados por la no atención inmediata y urgente que requieren, cuando necesitan trasladarse a un municipio distinto a su domicilio para acceder a los servicios de salud necesarios.

Frente a esto la Corte Constitucional estableció que “si bien el transporte y hospedaje del paciente no son servicios médicos, en ciertos eventos el acceso al servicio de salud depende de que al paciente le sean financiados los gastos de desplazamiento y estadía en el lugar donde se le pueda prestar atención médica.

La jurisprudencia constitucional, fundándose en la regulación ha señalado en varias ocasiones que toda persona tiene derecho a acceder a los

servicios de salud que requiera, lo cual puede implicar tener derecho a los medios de transporte y gastos de estadía para poder recibir la atención requerida. Así, por ejemplo, ha señalado que la obligación de asumir el transporte de una persona que es trasladada a las entidades promotoras únicamente en los eventos concretos donde se acredite que (i) ni el paciente ni sus familiares cercanos tienen los recursos económicos suficientes para pagar el valor del traslado, y (ii) de no efectuarse la remisión se pone en riesgo la vida, la integridad física o el estado de salud del paciente. La jurisprudencia constitucional ha reconocido el derecho a acceder al transporte necesario para acceder al servicio de salud requerido, e incluso a la manutención cuando el desplazamiento es a un domicilio diferente al de la residencia del paciente, si se carece de la capacidad económica para asumir tales costos”.

En cuanto a los gastos de transporte y alojamiento de los acompañantes de los pacientes que así lo requieran la Corte Constitucional se ha pronunciado señalando, en la Sentencia T-786 de 2006 la cual estudió un caso en el cual se solicitaba ordenar a la EPS cubrir el transporte de un niño de un año y seis meses de edad, y su acompañante a la ciudad de Bogotá con el fin de que le fuera realizada una intervención quirúrgica que requería. Reiterando en sus consideraciones los criterios jurisprudenciales en virtud de los cuales, las entidades que participan en el Sistema están obligadas a reconocer el servicio de transporte a sus pacientes y sus acompañantes e indicó: “el cubrimiento de los gastos de transporte para que un usuario pueda acceder al servicio de salud está sujeto a la capacidad económica del paciente y a sus capacidades físicas y mentales, pues en casos en los que se encuentren involucrados menores, discapacitados y personas de la tercera edad, se hace evidente que, además de la necesidad del cubrimiento del gasto de traslado a otra ciudad para sí mismos, es indispensable el cubrimiento de los gastos de desplazamiento de un acompañante, por parte de la EPS”.

De igual forma en la Sentencia T-350 de 2003 “el acceso de la atención en salud de los menores de edad está íntimamente ligado con la accesibilidad, que materializa el ejercicio efectivo del derecho fundamental. Esta prerrogativa, al carecer los niños y niñas de la autonomía suficiente para desplazarse por sí solos al centro asistencial, incluye la necesidad de la asistencia de un acompañante durante el traslado, siendo la familia el principal obligado a tal prestación, por lo que el Estado, de forma directa o por medio de las entidades promotoras de salud o administradoras del régimen subsidiado, según el caso, solo asume la responsabilidad de manera subsidiaria, siempre y cuando se acredite el cumplimiento de las condiciones señaladas por la jurisprudencia constitucional”.

Bajo este entendido, tal y como lo ha dilucidado de forma clara la jurisprudencia constitucional en aproximadamente 400 sentencias, en aquellos casos en que las EPS e IPS no asumen estos gastos se está vulnerando el derecho a la salud y a la vida, los cuales implican la conservación de la plenitud de las facultades físicas, mentales y espirituales; y poner todos los medios ordinarios al alcance para la prevención de las enfermedades, así como para la recuperación.

El presente proyecto de ley busca contribuir a la eliminación de obstáculos que les impiden a los colombianos el acceso pleno a los servicios de salud que requieren para garantizar su integridad física, síquica y espiritual y el mínimo de condiciones necesarias para la existencia una vida digna e íntegra.

De esta forma, y tal como se establece en la exposición de motivos, “en aquellos casos en que los pacientes no cuenten en su lugar de residencia con las instituciones que estén en la capacidad de prestarle los servicios requeridos y que las personas no cuenten con los recursos para asumir los costos de traslado, alojamiento y manutención a un lugar donde pueda recibir el servicio requerido, las EPS deben proveer los recursos a los pacientes y a los acompañantes en aquellos casos donde se requiera de su presencia y soporte para acceder al servicio de salud”.

4. Pliego de modificaciones

Puesta en consideración la proposición con que termina el informe de ponencia positiva, presentada por el honorable Senador Javier Mauricio Delgado Martínez, se obtuvo su aprobación, con once (11) votos a favor, ninguno en contra y ninguna abstención, sobre un total de (11) honorables Senadores y Senadoras presentes en el recinto en el momento de la votación.

Lo anterior teniendo en cuenta una citación a posteriori al Ministro de Hacienda y Crédito Público y al Ministro de Salud y Protección Social para que explicaran la financiación e impacto del proyecto, la cual se realizó el 7 de abril del presente año, en la cual se creó una subcomisión para el estudio del proyecto. Frente a lo cual el Senador Ponente del proyecto, honorable Senador Javier Mauricio Delgado, el cual se reunió con los funcionarios del Ministerio.

Teniendo en cuenta lo anterior y conservando el fin último del proyecto, el cual pretende definir los criterios para la financiación de los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes del sistema de salud y uno de sus acompañantes, se realizan modificaciones al texto aprobado en Comisión, las cuales, si bien no modifican el objeto del proyecto, sí modifican su redacción y facilitan su comprensión y desarrollo.

Es por esto que se modifica el título del proyecto, y los artículos 1°, 2°, 3°, 8° y 9° del texto aprobado en la Comisión Séptima Constitucional Permanente de la siguiente forma:

TEXTO APROBADO EN COMISIÓN	TEXTO PROPUESTO
Por medio del cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte alojamiento y	Por medio de la cual se establecen los criterios para el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y
manutención a los pacientes y sus acompañantes	manutención a los pacientes del sistema de salud y un acompañante
Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto definir la obligatoriedad que tienen las EPS de prestar los servicios de salud de manera integral, y en los casos que se requiera proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes del sistema de salud y de al menos uno de sus acompañantes.	Artículo 1º. Objeto. La presente ley tiene como objeto establecer los criterios para el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención, <u>requeridos para garantizar el acceso a la atención en salud a los pacientes del Sistema de Salud, sin capacidad de pago y su acompañante.</u>
Artículo 2º. Ámbito de aplicación. Los beneficios consagrados en esta ley son aplicables en todo el territorio colombiano, a todos los pacientes del sistema de salud <u>con todas las patologías</u> y al menos a uno de sus acompañantes que cumplan con los requisitos establecidos en la norma.	Artículo 2º. Ámbito de aplicación. Los beneficios consagrados en esta Ley son aplicables en todo el territorio colombiano, a los pacientes del sistema de salud, <u>que requieran movilizarse desde su lugar de residencia para la prestación de servicios asistenciales de salud, bien sea en caso de pacientes con enfermedades crónicas que exigen el desplazamiento continuo para su tratamiento o para pacientes que presenten eventos que requieran la movilización de su lugar de residencia y que, en todo caso, no cuenten con capacidad de pago para asumir dicha movilización y a uno de sus acompañantes, en caso de requerirse,</u> que cumplan con los requisitos establecidos en la presente ley.
Artículo 3º. Para que los pacientes y sus acompañantes tengan derecho a que las EPS cubran los gastos de transporte, alojamiento y manutención necesarios para recibir los servicios médicos se	Artículo 3º. Para que los pacientes tengan derecho al subsidio para la financiación de los gastos de transporte, alojamiento y manutención para
requiere:	uno de sus acompañantes, se requiere:
a) Que los pacientes no puedan valerse por sí mismos y sean totalmente dependientes de terceros para su desplazamiento;	a) Que los pacientes no puedan valerse por sí mismos y sean totalmente dependientes de terceros para su desplazamiento; <u>según concepto del médico tratante.</u>
b) Menores de edad.	b) <u>Que se trate de pacientes</u> menores de edad.
c) Mayores de 65 años o en condición de discapacidad;	c) <u>Que se trate de pacientes</u> mayores de 65 años o en condición de discapacidad.
d) Que los pacientes requieran atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas;	<u>El Gobierno Nacional reglamentará los criterios socioeconómicos para acceder al subsidio, los montos a financiar de los gastos de transporte, alojamiento y manutención necesarios para recibir los servicios médicos para el paciente y su acompañante, los cuales serán actualizados periódicamente, así como el receptor del subsidio, la periodicidad, los cambios de acompañante, los mecanismos de auditoría y control y el trámite que debe adelantarse para acceder al mismo.</u>
e) Que los pacientes presenten la remisión ordenada por el médico tratante y que en el municipio donde residen no existan instituciones que brinden el servicio ordenado.	
Parágrafo 1º. En los casos en que el paciente requiera de un tratamiento durante más de 30 días, podrá autorizarse el cambio de acompañante al cabo del tiempo definido.	
Parágrafo 2º. Los pacientes serán siempre los receptores de los beneficios que se generen con ocasión de su desplazamiento y del de su acompañante, si lo hubiere.	
Parágrafo 3º. Si el paciente fuese menor de edad o incapaz, la cuota se abonará a los padres o tutores legales, previa acreditación de tal circunstancia.	
Parágrafo 4º. Si el paciente fuese menor de edad con tutoría del ICBF, el recurso se entregará a la madre sustituta o la persona que determine el ICBF.	
Parágrafo 5º. El paciente y su acompañante, quedan en la obligación de demostrar que los recursos recibidos para su movilización, alojamiento y manutención si hayan sido usados para lo que fueron dispuestos.	Parágrafo 1º. <u>El paciente deberá mantener actualizados sus datos de residencia habitual en la respectiva EPS. Cuando la residencia frecuente, sea distinta de la que el paciente tenga registrada en el sistema, se perderá el derecho a estas ayudas. De igual forma, el plagio y/o adulteración de un paciente al momento de solicitar servicio.</u>
Artículo 8º. Financiación. El Gobierno	Artículo 7º. Financiación. Créese

nacional a través de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud y Protección Social, podrá financiar anualmente los costos del proyecto, los cuales serán apropiados para vincularse y concurrir con otras instancias de cofinanciación.

un fondo, sin personería jurídica, con administración fiduciaria a cargo del Ministerio de la Salud y Protección Social, el cual se encargará de la administración, pagos y auditoría de los recursos necesarios para el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención y será financiado con excedentes de recursos de Lotto en línea del FONPET luego de cubrir el pasivo pensional del sector salud; recursos del Sistema General de Participaciones SGP Propósito General y de los programas dirigidos a población en situación de discapacidad del orden nacional y departamental.

Para efecto de los recursos del SGP - Propósito General, créase una asignación especial dentro de dicho componente en un porcentaje del 2.5% de dicho componente y su distribución se realizará por el Consejo Nacional de Política Económica y Social -CONPES.

El Gobierno Nacional reglamentará la forma en que concurren las diferentes fuentes de financiamiento distintas al SGP-Propósito General, para lo cual tendrá en cuenta los gastos anuales estimados.

La remuneración y gastos de auditoría de la administración fiduciaria del fondo se atenderán con las mismas fuentes previstas en el artículo anterior.

Artículo 9º. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias.

Artículo 9º Vigencia La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias y su reglamentación se dará dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación.

Se eliminan los artículos 4º, 5º, 6º, 7º y 8º del texto aprobado en la Comisión Séptima y se adicionan 4 artículos nuevos de la siguiente manera:

Artículo nuevo. Principios. El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la salud y con fundamento en el principio de accesibilidad a los servicios de salud, el cual comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Artículo nuevo. Condiciones para acceder a los beneficios. Para que los pacientes que no cuenten con capacidad de pago o cuyo grupo familiar no posea dicha capacidad, tengan derecho al subsidio para la financiación de los gastos de transporte, alojamiento y manutención necesarios para recibir los servicios médicos se requiere que se presente alguna de las siguientes situaciones:

a) Que los pacientes presenten la remisión expedida por la EPS a la que se encuentre afiliado y que en el municipio donde residen no existan instituciones que brinden el servicio ordenado;

b) Que el paciente deba desplazarse de su lugar de residencia dentro de la misma ciudad, para recibir prestaciones asistenciales de salud y que para su desplazamiento requiera transporte especial,

estrictamente durante el tratamiento, situación que debe ser acreditada por el médico tratante, adscrito a la EPS a la cual se encuentre afiliado.

Artículo nuevo. Las entidades promotoras de salud, en su calidad de aseguradoras y en cumplimiento de sus funciones, especialmente las señaladas en el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 en lo atinente a “Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional” serán las encargadas de la organización logística y de la operación del subsidio a que se refiere la presente ley.

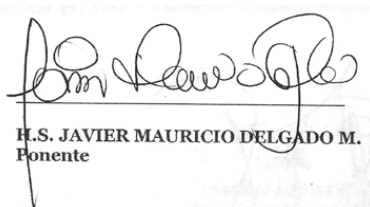
Parágrafo 1°. En caso de que el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención sea requerido por una persona que no se encuentre afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Secretaría de Salud del Ente Territorial al cual pertenece el paciente, procederá a otorgar el subsidio para que el paciente obtenga el tratamiento requerido, recobrando a posteriori el fondo creado en el artículo 7° de la ley los gastos en los que incurra, y realizará la afiliación inmediata al sistema, para que la Entidad a la que fuere afiliado continúe el proceso.

Artículo nuevo. Sanciones. El uso inadecuado o irracional del subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención, así como el suministro de información falsa o fraudulenta para acceder al mismo, acarreará sanciones consistentes en multas que oscilarán entre diez (10) y doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.

5. Proposición final

Por las anteriores consideraciones, me permito presentar **ponencia favorable** y en consecuencia solicito respetuosamente a los honorables Senadores debatir y aprobar en **segundo debate** el pliego de modificaciones y el texto propuesto para el Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado, *por medio de la cual se establecen los criterios para el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes del Sistema de Salud y un acompañante*”.

Del honorable Senador,



H.S. JAVIER MAURICIO DELGADO M.
Ponente

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA


Bogotá D. C., a los cuatro (4) días del mes de junio año dos mil quince (2015)

En la presente fecha se autoriza **la publicación en Gaceta del Congreso, al Proyecto de ley nú-**

mero 83 de 2014 Senado, por medio de la cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes y sus acompañantes, recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el cuatro (4) de junio de 2015, a las 16:44 p. m.

El presente informe de ponencia para segundo debate se publica en la *Gaceta del Congreso*, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARIA ESPAÑA VERGARA
Secretario Comisión Séptima del Senado

6. TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 83 DE 2014 SENADO

por medio de la cual se establecen los criterios para el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes del sistema de salud y un acompañante.

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* La presente ley tiene como objeto establecer los criterios para el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención, requeridos para garantizar el acceso a la atención en salud a los pacientes del Sistema de Salud, sin capacidad de pago y su acompañante.

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* Los beneficios consagrados en esta ley son aplicables en todo el territorio colombiano, a los pacientes del sistema de salud, que requieran movilizarse desde su lugar de residencia para la prestación de servicios asistenciales de salud, bien sea en caso de pacientes con enfermedades crónicas que exigen el desplazamiento continuo para su tratamiento o para pacientes que presenten eventos que requieran la movilización de su lugar de residencia y que, en todo caso, no cuenten con capacidad de pago para asumir dicha movilización y a uno de sus acompañantes, en caso de requerirse, que cumplan con los requisitos establecidos en la presente ley.

Lo previsto por la presente ley es complementario a los servicios de transporte y alojamiento que se vienen financiando a través del Plan Obligatorio de Salud.

Artículo 3°. *Principios.* El contenido de la presente ley y de las disposiciones que la complementen o adicionen, se interpretarán y ejecutarán teniendo presente el respeto y garantías al derecho a la salud y con fundamento en el principio de accesibilidad a los servicios de salud, el cual comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Artículo 4°. Condiciones para acceder a los beneficios. Para que los pacientes que no cuenten con capacidad de pago o cuyo grupo familiar no posea dicha capacidad, tengan derecho al subsidio para la financiación de los gastos de transporte, alojamiento y manutención necesarios para recibir los servicios médicos se requiere que se presente alguna de las siguientes situaciones:

a) Que los pacientes presenten la remisión expedida por la EPS a la que se encuentre afiliado y que en el municipio donde residen no existan instituciones que brinden el servicio ordenado;

b) Que el paciente deba desplazarse de su lugar de residencia dentro de la misma ciudad, para recibir prestaciones asistenciales de salud y que para su desplazamiento requiera transporte especial, estrictamente durante el tratamiento, situación que debe ser acreditada por el médico tratante, adscrito a la EPS a la cual se encuentre afiliado.

Artículo 5°. Para que los pacientes tengan derecho al subsidio para la financiación de los gastos de transporte, alojamiento y manutención para uno de sus acompañantes, se requiere:

a) Que los pacientes no puedan valerse por sí mismos y sean totalmente dependientes de terceros para su desplazamiento; según concepto del médico tratante;

b) Que se trate de pacientes menores de edad;

c) Que se trate de pacientes mayores de 65 años o en condición de discapacidad.

El Gobierno nacional reglamentará los criterios socioeconómicos para acceder al subsidio, los montos a financiar de los gastos de transporte, alojamiento y manutención necesarios para recibir los servicios médicos para el paciente y su acompañante, los cuales serán actualizados periódicamente, así como el receptor del subsidio, la periodicidad, los cambios de acompañante, los mecanismos de auditoría y control y el trámite que debe adelantarse para acceder al mismo.

Parágrafo 1°. El paciente deberá mantener actualizados sus datos de residencia habitual en la respectiva EPS. Cuando la residencia frecuente, sea distinta de la que el paciente tenga registrada en el sistema, se perderá el derecho a estas ayudas. De igual forma, el plagio y/o adulteración de un paciente al momento de solicitar servicio.

Artículo 6°. Las entidades promotoras de salud, en su calidad de aseguradoras y en cumplimiento de sus funciones, especialmente las señaladas en el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 en lo atinente a “Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional” serán las encargadas de la organización logística y de la operación del subsidio a que se refiere la presente ley.

Parágrafo 1°. En caso de que el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención sea requerido por una persona que no se encuentre afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Secretaría de Salud del Ente Territorial al cual pertenece el paciente, procederá a otorgar

el subsidio para que el paciente obtenga el tratamiento requerido, recobrando a posteriori al fondo creado en el artículo 7° de la ley los gastos en los que incurra, y realizará la afiliación inmediata al sistema, para que la Entidad a la que fuere afiliado continúe el proceso.

Artículo 7°. Financiación. Créese un fondo, sin personería jurídica, con administración fiduciaria a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, el cual se encargará de la administración, pagos y auditoría de los recursos necesarios para el subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención y será financiado con excedentes de recursos de Lotto en línea del Fonpet luego de cubrir el pasivo pensional del sector salud; recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) Propósito General y de los programas dirigidos a población en situación de discapacidad del orden nacional y departamental.

Para efecto de los recursos del SGP - Propósito General, créase una asignación especial dentro de dicho componente en un porcentaje del 2.5% de dicho componente y su distribución se realizará por el Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes).

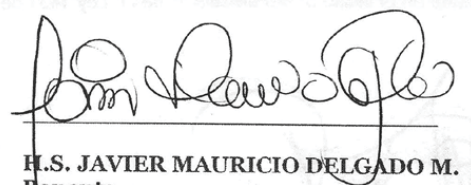
El Gobierno nacional reglamentará la forma en que concurren las diferentes fuentes de financiamiento distintas al SGP - Propósito General, para lo cual tendrá en cuenta los gastos anuales estimados.

La remuneración y gastos de auditoría de la administración fiduciaria del fondo se atenderán con las mismas fuentes previstas en el artículo anterior.

Artículo 8°. Sanciones. El uso inadecuado o irracional del subsidio de los gastos de transporte, alojamiento y manutención, así como el suministro de información falsa o fraudulenta para acceder al mismo, acarreará sanciones consistentes en multas que oscilarán entre diez (10) y doscientos (200) salarios mínimos mensuales legales vigentes y su monto se liquidará teniendo en cuenta el valor del salario mínimo vigente a la fecha de expedición de la resolución sancionatoria. Las investigaciones, multas y sanciones aquí previstas estarán a cargo de la Superintendencia de Salud o quien haga sus veces, la que podrá delegar en las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.

Artículo 9°. Vigencia. La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga todas las normas que le sean contrarias y su reglamentación se dará dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación.

Del honorable Senador,



H.S. JAVIER MAURICIO DELGADO M.
Ponente

COMISIÓN SÉPTIMA CONSTITUCIONAL
PERMANENTE DEL HONORABLE
SENADO DE LA REPÚBLICA

Bogotá D. C., a los cuatro (4) días del mes de junio año dos mil quince (2015)

En la presente fecha se autoriza la publicación en Gaceta del Congreso, al Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado, por medio de la cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes y sus acompañantes, recibido en la Secretaría de la Comisión Séptima del Senado el cuatro (4) de junio de 2015, a las 16:44 p. m.

El presente informe de ponencia para segundo debate se publica en la *Gaceta del Congreso*, en cumplimiento de lo ordenado en el inciso 5° del artículo 2° de la Ley 1431 de 2011.

El Secretario,



JESÚS MARÍA ESPAÑA VERGARA
Secretario Comisión Séptima del Senado

CONCEPTOS JURÍDICOS

CONCEPTO JURÍDICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 83 DE 2014 SENADO

por medio de la cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes y sus acompañantes.

Bogotá, D. C.,

Doctor

GREGORIO ELJACH PACHECO

Secretario General

Senado de la República

Carrera 7ª N° 8-68

Ciudad

Asunto: Concepto sobre el Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado, por medio de la cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes y sus acompañantes.

Señor Secretario:

Teniendo presente que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir debate en la Plenaria del Senado de la República, se hace necesario emitir el concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Para tal cometido, se toma como fundamento el texto publicado en la *Gaceta del Congreso* número 128 de 2015.

Al respecto, este Ministerio, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales que le asisten, en especial las previstas en el inciso 2° del artículo 208 de la Constitución Política y el numeral 3 del artículo 59 de la Ley 489 de 1998, formula las siguientes observaciones:

1. Contenido de la propuesta

El proyecto de ley que se revisa tiene como objeto definir la obligatoriedad de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de prestar servicios de salud de forma integral, estableciendo que en los casos en que se requiera se provea de transporte,

alojamiento y manutención “... a los pacientes del sistema de salud y de al menos uno de sus acompañantes” (artículo 1°), con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (artículo 4°), de ahí que para su viabilidad se contemple:

- Un ámbito de aplicación dirigido a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), frente a todas las patologías y al menos uno de sus acompañantes (artículo 2°), según el paciente se enmarque en alguno de los requisitos consagrados en el articulado, como son: ser dependiente de un tercero para su desplazamiento, ser menor de edad o mayor de 65 años, tener condición de discapacidad, requerir atención permanente, contar con remisión de médico tratante y que el servicio requerido no exista en el municipio de su residencia (artículo 3°).

- Financiación para afiliados al SGSSS con cargo a una UPC adicional extendida a todo el territorio nacional incluyendo en ella el costo de transporte, alojamiento y manutención, cuando no se cuente con el servicio requerido en la localidad donde reside el paciente, quedando a cargo del Estado asignar recursos para estos efectos en el presupuesto nacional, como rubro reasignado a las EPS (artículo 4°).

- Financiación para no afiliados al SGSSS por concepto de transporte, manutención y alojamiento, con cargo a los recursos de los entes territoriales para cobertura en salud mientras se dé la permanencia (artículo 5°).

- Que las EPS puedan contratar con instituciones que cumplan con los requisitos definidos para los “hogares de paso”, al tiempo que se determina ciertos criterios en los que el paciente perdería el derecho a las ayudas (artículo 6°).

- Autorización para efectuar apropiaciones (artículo 7°) y modo de financiación anual de los costos del proyecto (artículo 8°).

De conformidad con la exposición de motivos y el informe de ponencia para primer debate, es dable señalar que el Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado plantea como problemática el acceso a los servicios de salud, particularmente en

aquellas zonas geográficas que por su dispersión poblacional hace que sea limitado, a tal punto que enfatiza que son los pacientes quienes deben asumir los costos de transporte, junto con su acompañante, además de los gastos por alojamiento y manutención cuando el tratamiento que se debe llevar a cabo no se presta en el municipio de residencia.

Tal como se establece en la exposición de motivos¹ del proyecto de ley [...] una de las manifestaciones de las barreras de carácter financiero del sistema de salud, ha sido la fragmentación en la prestación de los servicios. Las atenciones se realizan a través de un número elevado de IPS con el fin de lograr el menor precio en cada actividad. Como consecuencia, se...

en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. Se aclara que la hotelería hace referencia a la internación hospitalaria.

Igualmente, en el precitado artículo se consagra: “*Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitalización (UPC)*”. Es decir, **la UPC tiene destinación específica para la prestación de las coberturas del POS.**

2.2. Plan Obligatorio de Salud (POS)

En virtud de lo consagrado en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, el POS se creó para permitir la **protección integral** de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan, función que compete actualmente al Ministerio de Salud y Protección Social. Es más, en uno de sus párrafos se prescribe que los servicios de salud incluidos en el POS serán actualizados de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

Ahora bien, en los términos del artículo 3° de la Resolución número 5521 de 2013: “*Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)*”, la **integralidad**, está definida como primer principio general para la aplicación del POS, como “*Toda tecnología en salud contenida en el Plan Obligatorio de Salud para la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, debe incluir lo necesario para su realización de tal forma que se cumpla la finalidad del servicio, según lo prescrito por el profesional tratante*” [Énfasis fuera del texto].

2.3. POS y UPC

Según lo anterior entre la definición del POS y la fijación de la UPC existe una estrecha relación

que no se puede deslindar, toda vez que para la definición de ambos se toman los mismos parámetros, que son inherentes a los servicios de salud, la financiación del POS se rige por los principios de eficiencia y costo-efectividad, motivo por el cual no se contemplan acciones o coberturas diferentes a lo relacionado con la atención en salud, tales como apoyo social o medidas de protección para poblaciones en condiciones especiales, como lo son por ejemplo el alojamiento, la alimentación o el transporte, atenciones que por ser del ámbito social y con finalidad diferente a la señalada para el POS deben tener una fuente de financiación distinta a la UPC.

Adicionalmente, el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, preceptúa que los recursos de la salud no podrán usarse para actividades distintas a la prestación de los servicios de salud. En ese sentido, la Corte Constitucional en Sentencia C-262 de 2013, sosteniendo desarrollos jurisprudenciales, expresó:

En la Sentencia SU-480 de 1997⁴, al revisar los fallos de tutela dictados con ocasión de varias solicitudes de amparo de afiliados al sistema, a quienes distintas EPS negaban varios medicamentos y procedimientos por no estar en el POS, la Sala Plena hizo un examen de la estructura financiera del SGSSS y resaltó lo siguiente: (i) los recursos que las EPS reciben—recaudan— por concepto de cotizaciones, copagos, bonificaciones y similares son recursos parafiscales que, en consecuencia, deben ser administrados en cuentas diferentes a los de los recursos propios de las EPS; para estos efectos, las EPS actúan como meros recaudadores de recursos públicos⁵; (ii) para que las EPS cumplan sus funciones, el SGSSS les reconoce una UPC por cada afiliado, cuyo valor es definido por los órganos rectores del sistema atendiendo a criterios indicados en la Ley 100; (iii) la UPC debe destinarse por las EPS a garantizar el contenido del POS [...]”⁶. [Énfasis fuera del texto].

Por su parte, en la reglamentación de la Ley 100 de 1993, se tiene que desde el Decreto número 806 de 1998 está consagrado que el POS es el conjunto básico de **servicios de salud** a que tiene derecho todo afiliado, en caso de necesitarlos y que incluye en sus contenidos: educación, información y fomento de la salud, actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica. También, cabe señalar que a través de este plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993, se debe responder a

⁴ M. P. Alejandro Martínez Caballero.

⁵ La Corporación explicó: “(...) lo principal es que se tenga conciencia de que **lo que se recauda** no pertenece a las EPS, ni mucho menos entra al presupuesto nacional ni a los presupuestos de las entidades territoriales, sino que pertenece al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es, pues, **una contribución parafiscal**” (negrilla fuera del texto).

⁶ **CORTE CONSTITUCIONAL**, Sentencia C-262 de 8 de mayo de 2013, M. P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

¹ Cfr. CONGRESO DE LA REPÚBLICA, *Gaceta del Congreso* número 486 de 11 de septiembre de 2014.

todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y procedimientos y al listado de medicamentos definidos por el organismo competente pudiendo incluir el tratamiento con medicinas alternativas autorizadas para su ejercicio en Colombia, de conformidad con su eficacia y seguridad comprobada.

El mencionado decreto, en su artículo 9°, define en forma taxativa los criterios para la elaboración del POS, a saber:

[...] Para la inclusión de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos en el Plan Obligatorio de Salud, se tendrá en cuenta lo siguiente:

1. El conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención que se incluya deberá ser seleccionado con criterios de costo-efectividad, orientado a la solución de las enfermedades de acuerdo con el perfil de morbilidad y con las condiciones de tecnología existentes en el país.

2. Las actividades, intervenciones, procedimientos médicos, medicamentos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos incluidos deberán estar aceptados por la ciencia médica en el ámbito de organizaciones tales como las sociedades científicas, colegios de médicos, Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud.

3. Las actividades, intervenciones, medicamentos y procedimientos médicos incluidos deberán cumplir con los criterios de eficacia comprobada para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad y de seguridad, para evitar o reducir el riesgo a los pacientes, a su familia, al personal de la salud y a la comunidad en general [...].

Como el POS obedece a actividades en salud, el parágrafo del artículo que nos ocupa reitera lo indicado en la ley de creación del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud, al imponer a la entidad competente la función de actualizarlo “... de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema”.

Bajo esta perspectiva, el Plan de Beneficios previsto en nuestro modelo de aseguramiento se circunscribe al ámbito de la salud, por lo que actividades como transporte, alojamiento y manutención, siendo prestaciones del orden social, son beneficios que no corresponden al campo de la salud y por lo tanto, no se ajustan a la definición normativa del Plan Obligatorio de Salud, es por ello que, mal podría entenderse que estas ayudas pudieran ser cubiertas con cargo a la UPC, la cual tiene una destinación específica, según lo corroboran los pronunciamientos de la Corte Constitucional.

2.4. Plan Obligatorio de Salud: Transporte de pacientes

En el Capítulo V de la Resolución número 5521 de 2013, compuesto por los artículos 124 y 125, se señala la cobertura en el POS:

Artículo 124. Transporte o traslados de pacientes. El Plan Obligatorio de Salud cubre el tras-

lado acuático, aéreo y terrestre (en ambulancia básica o medicalizada) en los siguientes casos:

– Movilización de pacientes con patología de urgencias desde el sitio de ocurrencia de la misma hasta una institución hospitalaria, incluyendo el servicio prehospitalario y de apoyo terapéutico en unidades móviles.

– Entre instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del territorio nacional de los pacientes remitidos, teniendo en cuenta las limitaciones en la oferta de servicios de la institución en donde están siendo atendidos, que requieran de atención en un servicio no disponible en la institución remitora. Igualmente para estos casos está cubierto el traslado en ambulancia en caso de contrarreferencia.

El servicio de traslado cubrirá el medio de transporte disponible en el medio geográfico donde se encuentre el paciente, con base en su estado de salud, el concepto del médico tratante y el destino de la remisión, de conformidad con la normatividad vigente.

Así mismo, se cubre el traslado en ambulancia del paciente remitido para atención domiciliaria si el médico así lo prescribe.

Artículo 125. Transporte del paciente ambulatorio. El servicio de transporte en un medio diferente a la ambulancia, para acceder a una atención incluida en el Plan Obligatorio de Salud, no disponible en el municipio de residencia del afiliado, será cubierto con cargo a la prima adicional para zona especial por dispersión geográfica.

Parágrafo. Las EPS igualmente deberán pagar el transporte del paciente ambulatorio cuando el usuario debe trasladarse a un municipio distinto a su residencia para recibir los servicios mencionados en el artículo 10 de esta resolución, cuando existiendo estos en su municipio de residencia la EPS no los hubiere tenido en cuenta para la conformación de su red de servicios. Esto aplica independientemente de si en el municipio la EPS recibe o no una UPC diferencial.

De acuerdo con lo anterior, el transporte de pacientes enmarcados en las coberturas del seguro está contemplado en la normatividad, de ahí que otros beneficios correspondan al ámbito de la protección social.

3. Comentarios específicos

En este acápite se harán comentarios a las disposiciones que conforman la iniciativa legislativa *sub examine* siguiendo el orden que a continuación se describe:

Proyecto de ley:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto definir la obligatoriedad que tienen las EPS de prestar los servicios de salud de manera integral, y en los casos que se requiera provean los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes del sistema de salud y de al menos uno de sus acompañantes.

Comentario:

En tanto se trate de prestaciones del POS, el SGSSS reconoce una prima especial para brindar el transporte ambulatorio del paciente, como lo es-

tablecen los artículos 124 y 125 de la Resolución número 5521 de 2013, antes transcritos.

La integralidad en la atención en salud está garantizada teniendo en cuenta su financiación con la UPC, que como se señaló en párrafos precedentes, con fundamento en las leyes el valor per cápita que reconoce el SGSSS a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios de salud contenidos en el POS, los cuales se definen con base en los mismos parámetros para la fijación de la UPC.

El cálculo correspondiente a cada régimen, se aplica según lo ordenado por el párrafo 3° del artículo 7° de la Ley 1122 de 2007 al cual remite el párrafo del artículo 2° de que trata el Decreto número 2562 de 2012, esto es, la consulta sobre el equilibrio financiero del sistema de acuerdo o con las proyecciones de sostenibilidad, para la toma de decisiones relacionadas con el Régimen Contributivo y, para las referidas al Subsidiado, la compatibilidad con el Marco Fiscal del Mediano Plazo.

La Ley 100 de 1993, en el artículo 152, precisa que los objetivos del SGSSS son regular el servicio público esencial de salud a la vez que se creen condiciones de acceso de la población en los diferentes niveles de atención, en todo caso, las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente ley se regirán por las disposiciones legales vigentes. Dicha estipulación, significa que prestaciones tales como transporte, alojamiento y manutención permanente de pacientes y sus acompañantes, con condiciones especiales que bien podrían ameritar esta protección, no se enmarcan en el ámbito de la salud y por ende no están contempladas como beneficios propios de su cobertura, a tal punto que no pueden financiarse con los recursos destinados al aseguramiento individual en salud, en gracia a la destinación específica ya indicada. Siendo así, en el evento de requerirse se financiarían con recursos diferentes, tales como los relacionados con apoyo a programas sociales.

Ahora bien, es importante considerar la capacidad de pago de las personas para asumir los gastos que demanda la integralidad en la prestación de los servicios de salud. Efectivamente, la Ley 1438 de 2011 al modificar el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 enuncia el principio de corresponsabilidad, al tenor del cual “... *toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración...*”.

En armonía con tal definición se encuentra el principio de integralidad, directriz sobre la cual la Corte Constitucional ha tenido la oportunidad de insistir en relación con el servicio de transporte o traslado de pacientes:

[...] de acuerdo con las reglas jurisprudenciales precisadas, corresponde el juez de tutela evaluar si el requerimiento del servicio de transporte

*es pertinente, necesario y urgente con referencia a la situación de salud específica del usuario. Así mismo, debe indagar si el hecho de no autorizarse un servicio de traslado se convierte en un obstáculo para acceder al servicio de salud de manera adecuada y con dignidad, cuando se verifique que la situación económica del accionante y su familia es insuficiente para asumirlo por sus propios medios*⁷. [Énfasis fuera del texto].

En ese orden, los servicios adicionales que en estricto sentido no son POS sino otros beneficios, deben ser financiados con recursos diferentes a los destinados a la UPC y previo establecimiento de la falta de capacidad de pago por parte de los pacientes objeto del mismo, pues aquellas prestaciones que no guardan relación con la atención en salud sino con el bienestar de las personas y el de sus acompañantes y que no inciden en el éxito del tratamiento ni en la recuperación de la salud, se concretan al campo de la promoción social, responsabilidad de la entidad territorial que con los recursos propios o los que sean procedentes destinar, puede financiar todos aquellos programas dirigidos a beneficiar a la población de su jurisdicción.

Proyecto de ley:

Artículo 2°. Ámbito de aplicación. Los beneficios consagrados en esta ley son aplicables en todo el territorio colombiano, a todos los pacientes del sistema de salud con todas las patologías y al menos a uno de sus acompañantes que cumplan con los requisitos establecidos en la norma.

Comentario:

El POS cubre todas las patologías pero por lo sustentado en este escrito, su alcance no abarca beneficios ajenos al campo de la salud y a lo especificado en su articulado, así, no es viable que se extienda a un grupo de pacientes indeterminado y sin existencia de proyección de costos.

Proyecto de ley:

Artículo 3°. Para que los pacientes y sus acompañantes tengan derecho a que las EPS cubran los gastos de transporte, alojamiento y manutención necesarios para recibir los servicios médicos se requiere:

- a) Que los pacientes no puedan valerse por sí mismos y sean totalmente dependientes de terceros para su desplazamiento;
- b) Menores de edad;
- c) Mayores de 65 años⁸ o en condición de discapacidad;
- d) Que los pacientes requieran atención permanente para garantizar su integridad física y el ejercicio adecuado de sus labores cotidianas;
- e) Que los pacientes presenten la remisión ordenada por el médico tratante y que en el municipio donde residen no existan instituciones que brinden el servicio ordenado [...].

⁷ **CORTE CONSTITUCIONAL**, Sentencia T-039 de 28 de enero de 2013, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

⁸ Acorde con lo regulado en la Ley 1251 de 2008 y la Ley 1315 de 2009, se cataloga adulto mayor a la persona de 60 años o más.

Comentario:

Sobre el particular, se reitera que con los recursos del aseguramiento individual en salud no se pueden cubrir actividades que desborden el marco de su regulación, caso contrario se debe hacer por la vía de lo social.

En ese sentido, la propuesta tampoco especifica como condición para recibir los beneficios sociales que plantea, la demostración de que el paciente no pueda valerse por sí mismo ni la ausencia de capacidad de pago de su parte o de quienes responden por su manutención.

Igualmente, la iniciativa no hace alusión a la exigencia de la certificación de inexistencia de capacidad resolutive en el municipio de residencia, así como la certificación de dependencia física del paciente o de su necesidad de asistencia de un tercero, además no se indica en quién recae la competencia o la función de su expedición.

En lo concerniente al literal e), cabe anotar que dicho precepto ya está contemplado en las coberturas actuales del POS según lo que se ha venido tratando.

Proyecto de ley:

Artículo 3°. [...] Parágrafo 5°. El paciente y su acompañante, quedan en la obligación de demostrar que los recursos recibidos para su movilización, alojamiento y manutención sí hayan sido usados para lo que fueron dispuestos.

Comentario:

En lo relativo a la demostración de la inversión de los recursos que lleguen a recibir los beneficiarios, a manera de observación se señala que no es posible endilgarle esta responsabilidad a un menor de edad o a un incapaz, por lo que esta obligación debería recaer en la persona que efectivamente administre los recursos en beneficio del paciente, con ello se soportaría la carga de probar su inversión.

Bajo este entendido, en la propuesta se debió estipular que el receptor de los recursos por el incapaz, sería responsable ante el Estado si se apropiara de los mismos o no los destinara a los fines pertinentes, ya que al tener el carácter de estatales se considerarían de destinación específica; asimismo, era factible determinar cuando no existiere justa causa para ser beneficiario de tales soportes económicos o si el tercero o el paciente incurrieren en falsedad documental en cualquiera de sus modalidades con el fin de recibir los recursos.

A todo esto, es del caso manifestar que el departamento o municipio que ostente los recursos para esta protección de carácter social, está en capacidad de verificar las calidades de la persona que recibe el dinero y evidenciar la inversión.

Proyecto de ley:

Artículo 4°. Extender la UPC adicional para todo el territorio colombiano e incluir dentro de la misma el costo de transporte, alojamiento y manutención cuando no se cuente con el servicio de salud reclamado en la localidad donde dicho paciente resida y cumpla con los requisitos establecidos en el artículo 3° de la presente ley. El Estado colombiano deberá asignar en el presupuesto

nacional los recursos necesarios para garantizar el cumplimiento de esta ley. Dicho rubro deberá ser reasignado a las EPS para cumplir con las necesidades de los pacientes y de esta forma mejorar las condiciones de salud.

Comentario:

Comoquiera que el transporte y el alojamiento no se vinculan directamente con el estado de salud del afiliado, al tratarse de beneficios de carácter social y no a los relacionados con la atención integral en salud, que contempla prestaciones asistenciales en las fases de diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación, no es dable asociar a esta clase de prerrogativas los recursos de la Unidad de Pago por Capitación, que tienen como se ha expresado, destinación específica en términos de coberturas en salud.

Conforme lo indica el artículo 14 de la Ley 1122 de 2007:

[...] entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento [...].

En este marco, los beneficios que pretende la iniciativa al no guardar relación con el POS, tampoco pueden ser de cargo de las EPS y menos aún con una UPC adicional, debido que al no tratarse de eventos predecibles el *valor per cápita* no se podría calcular como suma fija ligada a un paquete de servicios.

La UPC ya tiene primas adicionales que obedecen a estudios de costos por zona geográfica o zona alejada del continente, pero se reitera, en tanto se relacionan directamente con el objeto de brindar prestaciones asistenciales en salud, según coberturas en el contexto del aseguramiento individual.

Proyecto de ley:

Artículo 5°. Las Secretarías de Salud Departamentales determinarán los valores que se cancelarán a los pacientes que no están afiliados al sistema, por concepto de transporte, manutención y alojamiento tanto para el paciente como para su acompañante, mientras se requiera su permanencia. Igualmente actualizarán los valores del transporte, alojamiento y manutención de forma anual, dado que los precios son variables [...].

Comentario:

Este artículo goza de cierta inconsistencia porque al no tratarse de prestaciones asociadas a la atención integral en salud, no pueden ligarse los recursos a la afiliación, si bien de una parte se enuncia que los beneficios se financiarían con la Unidad de Pago por Capitación (UPC), lo que en

la práctica y por disposición legal se nutre de varios recursos, según el régimen del aseguramiento en salud al que pertenezca el afiliado y cuya fijación es competencia del Gobierno nacional, Rama Ejecutiva del Poder Público, sector central (Ministerio de Salud y Protección Social), de otro lado, se endilga a los departamentos a través de sus Secretarías de Salud la determinación de los valores a entregar por concepto de tales beneficios, dirigidos a la población que no esté afiliada al SGSSS, como si los recursos para el amparo a la población pobre y vulnerable no fueran trasladados a los municipios, a todo esto, cabe agregar que no se revela la fuente de financiación para tales eventos.

La iniciativa tampoco define la metodología para establecer los valores a reconocer por los conceptos que propone como beneficios, no especifica en qué entidad recaería la responsabilidad del manejo de los recursos ni la administración del riesgo financiero y la gestión del riesgo.

Es más, el proyecto pasa por alto el principio de *sostenibilidad*, definido en el artículo 3.13 de la Ley 1438 de 2011:

3.13 Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

Esta directriz fue retomada por la Ley Estatutaria 1751 de 2015: *“Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”*.

i) **Sostenibilidad.** El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.

En este contexto, si se pretende utilizar, por ejemplo, recursos del Sistema General de Participaciones (SGP), destinados a los entes territoriales para la cobertura en salud de la población pobre y vulnerable no amparada con el subsidio a la demanda, se requiere del cálculo de los valores proyectados en los términos de la Ley 715 de 2001, asunto no tratado por la iniciativa, dado que no consagra la metodología ni el mecanismo de identificación de los potenciales beneficiarios de los servicios que se pagarían con tales rubros.

Proyecto de ley:

Artículo 6°. Las EPS podrán contratar con las instituciones que cumplan con los requisitos definidos para los “hogares de paso”.

Parágrafo. El paciente deberá mantener actualizados sus datos de residencia habitual en la respectiva EPS. Cuando la residencia frecuente, sea distinta de la que el paciente tenga registrada en el sistema, se perderá el derecho a estas ayudas. De igual forma, el plagio y/o adulteración de un

paciente al momento de solicitar servicio [Énfasis fuera del texto].

Comentario:

Llama la atención la forma como se emplea el acto de plagiar, en cuanto este no puede predicarse sobre una persona-paciente sino sobre una creación. Al respecto, es conveniente advertir como un aspecto de forma puede llegar a incidir notablemente en el contenido del precepto, tornándolo vago (imprecisión) y ambiguo (múltiples interpretaciones). Cosa distinta hubiera sido si se usaba otro tipo de terminología, como el aducir que: *el paciente o un tercero plagie, copie o adúltere en provecho suyo*.

Adicionalmente, la disposición no goza de mucha claridad ya que no se vislumbra si se refiere a casos de suplantación personal o a la adulteración de documentos, y de ser así, debió fijarse que la sanción prescrita en el artículo se aplicaría sin detrimento de las demás que hacen parte del ordenamiento jurídico.

Proyecto de ley:

Artículo 7°. Autorizaciones para apropiación. De conformidad con los artículos 334, 341, 345, 48, 49 y 50 de la Constitución Política y de las competencias consagradas en la Ley 715 de 2001 y en concordancia con el artículo 3°, 152 y 154 de la Ley 1450 de 2011 Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, se autoriza al Gobierno nacional - Ministerio de Salud y Protección Social para incorporar dentro del Presupuesto General de la Nación y/o impulsar a través del sistema de cofinanciación la apropiación requerida para llevar a efecto la presente ley.

Comentario:

No obstante esta consagración, la iniciativa legislativa debe acoger el mandato de la Ley 819 de 2003, a saber:

Artículo 7°. Análisis del impacto fiscal de las normas. En todo momento, el impacto fiscal de cualquier proyecto de ley, ordenanza o acuerdo, que ordene gasto o que otorgue beneficios tributarios, deberá hacerse explícito y deberá ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

Desde luego, no basta con la mención de una serie de normas de diferente orden jerárquico, por el contrario, en la propuesta legislativa se debe efectuar un verdadero análisis del impacto fiscal.

Proyecto de ley:

Artículo 8°. Financiación. El Gobierno nacional a través de los Ministerios de Hacienda y Crédito Público y Salud y Protección Social, podrá financiar anualmente los costos del proyecto, los cuales serán apropiados para vincularse y concurrir con otras instancias de cofinanciación.

Comentario:

La iniciativa no contempla un examen de viabilidad de dicha financiación, proyección o al menos la estimación de costos y la procedencia del gasto de acuerdo con las competencias de las entidades que se pretende comprometer, máxime si son los departamentos los que deben asumir el gasto.

4. Caso análogo al proyecto de ley sub examine

A modo ilustrativo y para demostrar cómo los beneficios que no corresponden a coberturas en salud son cubiertos por el Estado colombiano a través del SGSSS, sin que se afecten los recursos de la UPC y con el propósito de amparar a poblaciones especiales o personas en situaciones determinadas, se trae a colación el caso de las medidas de atención para protección de mujeres víctimas de la violencia que las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado deben brindar en virtud de (4.1) lo ordenado en la Ley 1257 de 2008 al sector salud (artículo 19, literal a), (4.2) la demanda de inconstitucionalidad con el respectivo fallo de la Corte Constitucional y, (4.3) la consecuente reglamentación de la ley.

4.1. Ley 1257 de 2008:

Artículo 13. Medidas en el ámbito de la salud.

Reglamentado por el Decreto Nacional número 4796 de 2011. El Ministerio de la Protección Social, además de las señaladas en otras leyes, tendrá las siguientes funciones:

1. Elaborará o actualizará los protocolos y guías de actuación de las instituciones de salud y de su personal ante los casos de violencia contra las mujeres. En el marco de la presente ley, para la elaboración de los protocolos el Ministerio tendrá especial cuidado en la atención y protección de las víctimas.

2. **Reglamentará el Plan Obligatorio de Salud para que incluya las actividades de atención a las víctimas que corresponda en aplicación de la presente ley, y en particular aquellas definidas en los literales a), b) y c) del artículo 19 de la misma [...]** [Énfasis fuera del texto].

A su turno, el mencionado artículo 19, consagra:

Las medidas de atención previstas en esta ley y las que implementen el Gobierno nacional y las entidades territoriales, buscarán evitar que la atención que reciban la víctima y el agresor sea proporcionada por la misma persona y en el mismo lugar. En las medidas de atención se tendrán en cuenta las mujeres en situación especial de riesgo.

a) Garantizar la habitación y alimentación de la víctima **a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen Subsidiado**, prestarán servicios de habitación y alimentación en las instituciones prestadoras de servicios de salud, o contratarán servicios de hotelería para tales fines; en todos los casos se incluirá el servicio de transporte de las víctimas de sus hijos e hijas. Adicionalmente, contarán con sistemas de referencia y contrarreferencia para la atención de las víctimas, siempre garantizando la guarda de su vida, dignidad e integridad;

b) Cuando la víctima decida no permanecer en los servicios hoteleros disponibles, o estos no hayan sido contratados, se asignará un subsidio monetario mensual para la habitación y alimentación de la víctima, sus hijos e hijas, siempre y cuando se verifique que el mismo será utilizado para sufragar estos gastos en un lugar diferente al que habite

el agresor. Así mismo este subsidio estará condicionado a la asistencia a citas médicas, psicológicas o psiquiátricas que requiera la víctima.

En el régimen contributivo este subsidio será equivalente al monto de la cotización que haga la víctima al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y para el régimen subsidiado será equivalente a un salario mínimo mensual vigente.

c) Las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen Subsidiado serán las encargadas de la prestación de servicios de asistencia médica, psicológica y psiquiátrica a las mujeres víctimas de violencia, a sus hijos e hijas.

Parágrafo 1º. La aplicación de las medidas definidas en los literales a) y b) será hasta por seis meses, prorrogables hasta por seis meses más siempre y cuando la situación lo amerite.

Parágrafo 2º. La aplicación de estas medidas se hará con cargo al Sistema General de Seguridad Social en Salud. (...) [Énfasis fuera del texto].

4.2. Sentencia C-776 de 2010 (M.P. Jorge Iván Palacio Palacio):

En ejercicio de la acción pública de inconstitucionalidad una ciudadana presentó demanda contra los artículos 13 (parcial) y 19 (parcial) de la Ley 1257 de 2008 porque a su juicio “... *las disposiciones demandadas confieren a los recursos de la salud una destinación diferente a la establecida en la Constitución...*”, en cuanto “... *los servicios de habitación y alimentación para las personas víctimas de agresión física y verbal están excluidos del plan obligatorio de salud...*” y por ende “... *no son servicios médicos asistenciales ni medicamentos...*”. Con todo, el análisis de constitucionalidad se centró en la presunta violación de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política.

En efecto, la Sala entró a determinar si las prestaciones incluidas en los planes obligatorios de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS, relacionadas con el alojamiento y la alimentación para las mujeres víctimas de la violencia: a) pueden ser entendidas como parte del derecho a la salud (artículo 49 C. Pol.) y, b) si las mismas desconocen el principio de destinación específica de los recursos de las instituciones de la seguridad social, consagrado en el artículo 48 de la Carta Política. Es así que, para desarrollar el problema jurídico planteado en esa oportunidad: (i) abordó el fenómeno de la violencia contra la mujer desde una perspectiva sociojurídica; (ii) hizo alusión a la protección de la mujer en el derecho internacional; (iii) estudió la protección a la mujer en el derecho colombiano; (iv) reiteró la jurisprudencia sobre el derecho fundamental a la salud; (v) fijó el contenido y el alcance de las expresiones demandadas; (vi) estudió las prestaciones de alojamiento y alimentación para las mujeres víctimas de la violencia como parte de la potestad del Legislador para configurar el régimen de la seguridad social; (vii) examinó estas prestaciones como parte del derecho a la salud; y (viii) se ocupó de la sostenibilidad

financiera de las medidas de alojamiento y alimentación previstas en la Ley 1257 de 2008⁹.

Bajo este entendido, la Corte en su parte motiva, expresó:

[...] cuando las prestaciones de alojamiento y alimentación están inescindiblemente relacionadas con la atención a las mujeres víctimas de la violencia, procurando prevenir actos hostiles en su contra, evitando agresiones físicas o psicológicas que puedan significar perjuicios mayores y, además, siendo tales prestaciones inherentes al tratamiento médico, terapéutico o científico ordenado por personal especializado, pueden válidamente ser incluidas por el Legislador como parte de las garantías propias del derecho a la salud [...] En este orden, la Sala concluyó que el Legislador no desbordó la órbita de sus atribuciones constitucionales, cuando amplió la protección a la mujer víctima de violencia, permitiendo que le sean suministradas las prestaciones de alojamiento y salud temporalmente¹⁰.

En el correspondiente análisis de sostenibilidad financiera del SGSSS, particularmente, en lo atinente a las prestaciones de alojamiento y alimentación reguladas en la Ley 1257 de 2008, el máximo tribunal puso de relieve que pese a que en el Congreso de la República se radicó el proyecto de ley esgrimiendo los recursos necesarios para atender los costos y basándose en argumentos económicos de distintas fuentes¹¹, no pasó por alto que “... *el Ministerio de Hacienda, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003, presentó el respectivo concepto oponiéndose a la viabilidad fiscal de la iniciativa...*”¹². En palabras de la Corte:

[...] Fue así como el Congreso de la República procuró disminuir el impacto fiscal mediante la adopción de medidas consideradas menos onerosas, pero que finalmente tendrán consecuencias económicas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Es decir, corresponde al Gobierno elaborar un nuevo estudio sobre las implicaciones fiscales de la Ley 1257 de 2008, con base en él incluir las partidas en los presupuestos pertinentes, para proceder luego a ordenar el gasto respectivo.

Los estudios y recomendaciones elaborados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público servirán al Ministerio de la Protección Social¹³ para expedir los actos administrativos que, según la Ley 1257 de 2008, se requieren para la implementación de las prestaciones de alojamiento y alimentación en favor de las mujeres víctimas de violencia [...]¹⁴ [Énfasis fuera del texto].

⁹ Cfr. CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-776 de 29 de septiembre de 2010, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

¹⁰ Ibíd.

¹¹ Cfr. Fundamento Jurídico número 11.3 de esta providencia.

¹² CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-776 de 29 de septiembre de 2010, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

¹⁴ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-776 de 29 de septiembre de 2010, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

4.3. Ley 1257 de 2008 y reglamentación:

El Decreto número 4796 de 2011: “*Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 8°, 9°, 13 y 19 de la Ley 1257 de 2008 y se dictan otras disposiciones*”, previa consideración, alude que:

[...] se hace necesario adoptar medidas para la detección y prevención de la violencia contra la mujer y para su atención a través de los servicios que garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud que como tal permitan la aplicación de los artículos 8°, 9°, 13 y 19 de la Ley 1257 de 2008.

Consecuentemente, en el artículo 12, dispuso:

Artículo 12. Fuente de financiación de las medidas de atención y del subsidio monetario. La financiación de las medidas de atención por concepto de los servicios de habitación, alimentación, transporte y subsidio monetario de que trata el presente decreto, se hará con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad en Salud.

Acto seguido, el Decreto número 1792 del 28 de 2012 modificó los artículos 23 y 27 del Decreto número 1283 de 1996 con el fin de posibilitar la destinación de recursos para financiar las referidas medidas de atención, sirva para ilustrar:

Artículo 23. Recursos especiales. A la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), ingresarán los recursos provenientes del impuesto social a las armas definido en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 48 de la Ley 1438 de 2011. Con ellos se formará un fondo para financiar tanto la atención de eventos de trauma mayor ocasionados por violencia de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, como las medidas de atención de que tratan los literales a) y b) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 y las normas que los modifiquen, adicionen o sustituyan, de las mujeres afiliadas al Régimen Subsidiado, de acuerdo con los criterios de priorización y monto que defina el Ministerio de Salud y Protección Social en su calidad de Consejo de Administración del Fosyga [...]. [Énfasis fuera del texto].

Posteriormente, el Gobierno nacional expidió el Decreto número 2734 de 2012 con el que se regulan aspectos técnicos relacionados con definiciones, criterios, competencias y procedimientos para determinar la pertinencia del otorgamiento de las medidas de atención, consistentes en alojamiento, alimentación y transporte de las mujeres víctimas de violencia. De ahí que, entre otros puntos, consagrará:

Artículo 11. Financiación de las medidas de atención. Las medidas de atención para las mujeres afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, serán financiadas con los recursos a que refiere el Decreto número 1792 de 2012 y los criterios de distribución entre las entidades territoriales que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Tratándose de mujeres víctimas de violencia afiliadas a Regímenes Especiales o de Excepción, la financiación de dichas medidas se hará, por cada uno de ellos, de acuerdo a los proce-

dimientos que establezcan sus propias normas de financiación.

Artículo 12. Pago de las medidas de atención.

Las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, pagarán el costo generado por la prestación de las medidas de atención a que refiere este decreto a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), de acuerdo con los lineamientos que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social.

Parágrafo. Bajo ninguna circunstancia de carácter administrativo y/o financiero, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), podrán negar o condicionar la prestación y continuidad de las medidas de atención. En todo caso las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, deberán generar mecanismos administrativos que garanticen el pago oportuno de dichas medidas.

Todo lo anterior permite determinar que las medidas de atención definidas en los literales a), b) y c) del artículo 19 de la Ley 1257 de 2008 deben ser prestadas por medio de las EPSS con cargo al SGSSS, **pero no con recursos de la Unidad de Pago por Capitación, sino con los rubros especiales conforme a lo que se ha expuesto.**

5. Consideraciones finales

Por todo lo que se ha venido tratando hasta el momento, es dable resaltar que el Proyecto de ley número 083 de 2014 Senado no está en consonancia con los principios, características, administración, financiación-fuentes, aseguramiento de riesgo financiero y recursos específicos relativos a un paquete de beneficios, responsabilidades o competencias dentro del SGSSS.

Adicionalmente, cabe indicar que el Proyecto de ley número 033 de 2014 Senado pasa por alto lo estipulado en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 al no hacer una adecuado análisis de impacto fiscal y, por ende, es factible que durante del *iter* legislativo se plantee dicha falencia. Sobre el particular, el máximo tribunal ha expresado:

[...] De la jurisprudencia de la Corte se extrae:

1. Que la intervención del Ministerio de Hacienda y Crédito Público es un mecanismo de racionalización de los recursos, para informar técnicamente al Legislador sobre los alcances fiscales de las normas que elabora.

2. Que el concepto del Ministerio constituye un instrumento de colaboración entre ramas del poder público, teniendo el Ministro la carga de convenir al Legislador sobre la conveniencia o inconveniencia fiscal de la iniciativa.

3. Que el concepto del Ministro de Hacienda y Crédito Público no es obligatorio, es decir, las Cámaras Legislativas no están en el deber de acoger los criterios del Ejecutivo, pues se estaría ante el poder de veto del Gobierno respecto de todos los proyectos de ley que impliquen gasto. [...]

4. Que siendo el Gobierno quien ordena el gasto, a él corresponde arbitrar las partidas e incluirlas en el respectivo presupuesto para el adecuado cumplimiento de las leyes elaboradas por el Con-

greso de la República. En todo caso, el Ejecutivo solo podrá atender a las obligaciones derivadas de leyes que impliquen gasto, dentro de parámetros fiscales racionales y eficientes [...] ¹⁵.

Así, es conveniente tener en cuenta el pronunciamiento que realice el Ministerio de Hacienda y Crédito Público sobre la materia.

En estos términos, se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa legislativa de la referencia, se advierte que el reconocimiento de gastos como el transporte de acompañantes, alojamiento y la manutención no se encuentran contemplados en los escenarios de sostenibilidad financiera del sector, ni en el marco fiscal de mediano plazo, por tanto se solicita al honorable Congreso de la República, respetuosamente, su archivo.

Atentamente,


ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

¹⁵ **CORTE CONSTITUCIONAL**, Sentencia C-776 de 29 de septiembre de 2010, M. P. Jorge Iván Palacio Palacio.

CONTENIDO

Gaceta número 383 - Viernes, 5 de junio de 2015

SENADO DE LA REPÚBLICA

INFORMES DE CONCILIACIÓN

Págs.

Informe de conciliación y texto conciliado al Proyecto de ley número 145 de 2012 Senado y 329 de 2013 Cámara, por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo de Alcance Parcial de Naturaleza Comercial entre la República de Colombia y la República Bolivariana de Venezuela”, suscrito en Caracas, República Bolivariana de Venezuela, el 28 de noviembre de 2011, y sus seis anexos con sus respectivos apéndices, suscritos en Cartagena, República de Colombia, el 15 de abril de 2012, así: Anexo I “Tratamiento Arancelario Preferencial”. Anexo II “Régimen de Origen”. Anexo III “Reglamentos Técnicos, Evaluación de la Conformidad y Metrología”. Anexo IV “Medidas Sanitarias, Zoonosanitarias y Fitosanitarias”. Anexo V “Medidas de Defensa Comercial y Medida Especial Agrícola”. Anexo VI “Mecanismo de Solución de Controversias” 1

PONENCIAS

Ponencia para segundo debate y texto propuesto al Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado, por medio de la cual se establecen los criterios para el subsidio de los gastos de transporte alojamiento y manutención a los pacientes del sistema de salud y un acompañante 2

CONCEPTOS JURÍDICOS

Concepto jurídico del Ministerio de Salud y Protección Social al Proyecto de ley número 83 de 2014 Senado, por medio de la cual se define la obligatoriedad a las empresas promotoras de salud a proveer los gastos de transporte, alojamiento y manutención a los pacientes y sus acompañantes 8