

CIRCULAR EXTERNA 000010
(30 MAR 2015)

PARA: ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD – EPS, PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD Y AFILIADOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

DE: MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

ASUNTO: ATENCIÓN EN SALUD EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En el marco de la garantía de los derechos de las personas con discapacidad, tal como fue plasmado en la Ley 1346 de 2009, a través de la cual se incorporó a nuestra legislación la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, corresponde a este Ministerio asegurar que dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud se garantice el acceso, la calidad y prestación oportuna de todos los servicios de salud necesarios para la habilitación y rehabilitación integral en salud de las personas con discapacidad, estableciendo acciones de promoción de los derechos de estas personas.

En cumplimiento de las responsabilidades adquiridas y de la búsqueda de un rediseño de la política pública de la discapacidad, este Ministerio expidió el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado a través de la Resolución 1841 de 2013, en el que se estableció como meta para el 2021, tener un modelo de atención integral en salud, que beneficie el desarrollo de políticas, así como la calidad en la prestación de los servicios.

Posteriormente, con la expedición de la Ley 1618 de 2013, se pretende garantizar y asegurar el ejercicio pleno de los derechos de esta población, a través de la adopción de medidas y políticas dirigidas a lograr un entorno más inclusivo, lo que conducirá a eliminar cualquier forma de discriminación en el país como consecuencia de tal condición. Entre las medidas adoptadas, se encuentran las que salvaguardan los derechos de los menores de edad con discapacidad, el acompañamiento de las familias, el derecho a la habilitación y rehabilitación, a la salud, a la educación, al acceso y accesibilidad, entre otros.

Bajo tal direccionamiento, se establecieron obligaciones correlativas a cargo de las Entidades Promotoras de Salud – EPS – y a favor de las personas con discapacidad, dentro de las cuales se destacan, la de garantizar la accesibilidad e inclusión de las personas con discapacidad en todos sus procedimientos, lugares y servicios, eliminando cualquier acción, medida o procedimiento que dificulte el acceso y la prestación de los servicios de salud.

A pesar de existir una prolífica legislación que ordena la protección y garantía de los derechos de la población con discapacidad, en los últimos años se ha venido presentado un incremento en las reclamaciones por la prestación de diferentes servicios, especialmente en el caso de los menores de edad.

Por estas razones, el Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, considera necesario exhortar a las Entidades Promotoras de Salud, a las Instituciones Prestadoras de Salud y a los afiliados al Sistema, respecto del deber que nos asiste en la protección y garantía de los derechos de las personas con discapacidad en los términos de la Ley 1618 de 2013, los cuales deben traducirse en el acceso efectivo a los servicios de salud conforme se encuentra dispuesto en la normatividad vigente.

1.- LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD.

1.1. De la Integralidad.

De acuerdo con lo previsto en el artículo 8 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, los servicios de salud deberán prestarse de manera completa e independiente del sistema de provisión o financiación o del origen de la enfermedad.

Así, el asegurar una atención en salud integral en la población con discapacidad implica, como mínimo encaminarla no sólo a responder ante una necesidad determinada sino a cubrir de manera anticipada y completa, las necesidades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Si existiere duda sobre el alcance de la necesidad de salud, debe entenderse que comprende todos los elementos esenciales para satisfacerla.

1.2. De la cobertura de servicios en salud incluidos en el plan de beneficios.

Se recuerda a las EPS que los servicios cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud (Resolución 5521 de 2013) y los de menor o igual valor al costo por evento o per cápita de lo incluido en este (artículo 132 de la Resolución 5521 de 2013) deben ser suministrados a las personas con discapacidad de manera oportuna y en las condiciones de integralidad descritas en el numeral anterior, bajo el enfoque

terapéutico que sea definido por el médico tratante y el paciente o sus representantes legales, teniendo en cuenta que se debe considerar la evidencia científica disponible.

Igualmente, se insta a las EPS, en los términos del artículo 131 del Decreto Ley 19 de 2012, reglamentado por la Resolución 1604 del mismo año, a establecer un procedimiento frente a la entrega de los medicamentos que asegure su suministro completo e inmediato, y cuando éste sea incompleto, a entregarlos en un periodo no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado (conforme él lo autorice).

Adicionalmente, a través de la Resolución 1552 de 2013 que reglamentó lo dispuesto por los artículos 124 y 125 del Decreto Ley 19 de 2012, este Ministerio señaló la obligación a cargo de las EPS de disponer de agendas abiertas para la asignación de citas de medicina general, odontología y de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año.

Por otra parte, las EPS deben atender lo dispuesto en la Circular 016 de 2014 de este Ministerio, respecto al cumplimiento de las normas que definen la exoneración de cuotas moderadoras y copagos a diferentes grupos poblacionales, entre ellos la población con discapacidad. Precisa la Circular que son de obligatorio cumplimiento las disposiciones que “exceptúan de manera concurrente del pago de cuotas moderadoras y copagos a los siguientes grupos de población: 1. Las personas con discapacidad mental que tienen derecho a los servicios de salud de manera gratuita, a menos que su patrimonio directo o derivado de la prestación alimentaria, le permita asumir tales gastos (Ley 1306 de 2009, artículo 12) (...) 8. Las personas con cualquier tipo de discapacidad, en relación con su rehabilitación funcional, cuando se haya establecido el procedimiento requerido, en concordancia con los artículos 65 y 66 de la Ley 1438 de 2011”.

1.3. De la provisión de los servicios en el lugar de residencia de las personas con discapacidad y el suministro de los servicios de transporte incluidos en el plan de beneficios.

Conforme se estableció en el literal c) del numeral 2 del artículo 10 de la Ley 1618 de 2013, las EPS se encuentran obligadas a garantizar en todas las zonas del país incluidas las rurales, los servicios de salud, tanto los de puerta de entrada como los demás que sean requeridos para la atención de personas con discapacidad, en los lugares más cercanos a su residencia y en caso de ser imposible, facilitar el desplazamiento de estas.

En este último evento corresponde a la EPS proveer el transporte con cargo a la UPC (artículo 125 de la Resolución 5521 de 2013). En caso de que el requerimiento elevado por la persona no se enmarque en las anteriores hipótesis, se deberá seguir el

procedimiento establecido en la regulación para el acceso a servicios no POS, brindando la información y el acompañamiento requerido. (Resolución 4343 de 2012)

1.4. De la provisión de los servicios de salud no cubiertos en el POS.

Cuando una persona con discapacidad requiera un servicio de salud que no se encuentre cubierto en el POS, las EPS deben garantizar que el médico tratante presente la respectiva solicitud ante el Comité Técnico Científico - CTC, sin que en ningún caso sea una carga que deba asumir el usuario. Deberá además garantizar que dicha solicitud sea estudiada efectivamente y en caso de que sea aprobada, que se suministren los servicios de manera oportuna, integral y de calidad, según lo previsto en las Resoluciones 5395 de 2013 para el Régimen Contributivo y 5073 de 2013 en lo que respecta al Régimen Subsidiado en Salud.

En el evento en que proceda el recobro deben enviar en forma desagregada los procedimientos y medicamentos contenidos en la terapia o programa (Res. 5395 de 2013).

1.5. De la cobertura de servicios de salud ordenados por profesionales no adscritos a la red.

En los casos en los que las personas con discapacidad soliciten un servicio ordenado por un médico no adscrito a la red de prestadores, esta sola razón no bastará para negar su provisión. En estos eventos se debe proceder a evaluar dichas solicitudes con base en criterios técnico-científicos (artículo 133 de la Resolución 5521 de 2013). Si se llegare a concluir que estos se requieren con necesidad, se deberá proceder a suministrarlos si se trata de servicios POS ó a aplicar los procedimientos previstos en la regulación para el suministro de servicios no POS, brindando en todo caso la información y el acompañamiento requerido.

2. LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

2.1. De la accesibilidad a las IPS para la prestación de servicios de salud.

Se exhorta a las IPS a que sus instalaciones se construyan, amplíen, adecuen y modifiquen cumpliendo con los parámetros de accesibilidad establecidos en el Decreto 1538 de 2005, los estándares que con relación a la infraestructura se encuentran determinados en la Resolución 2003 de 2014 y las demás normas relacionadas.

2.2. De la habilitación de servicios.

Las instituciones que presten servicios de salud a la población con discapacidad deben estar debidamente habilitadas, como una medida para garantizar la salud y su

protección, en el marco de lo dispuesto por el Decreto 1011 de 2006 y la Resolución 2003 de 2014. Asimismo, se recuerda que la Contraloría General de la República, la Procuraduría General de la Nación, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, cada una en el ámbito de su competencia, cuentan con facultades para imponer sanciones en los casos en los que identifiquen que existen prestadores ofreciendo servicios sin el cumplimiento de los requisitos de habilitación establecidos en la norma vigente para cada caso o incurriendo en la vulneración de los derechos fundamentales de las personas con discapacidad.

2.3. Los profesionales de la salud.

2.3.1. De la prescripción clara y específica.

Los profesionales de la salud que prescriban servicios a la población con discapacidad deben hacerlo de manera clara y específica, de modo tal que sea comprensible para todos los agentes del sistema y para el paciente (artículos 33 y 36 de la Ley 23 de 1981). En este sentido es necesario que se discriminen los medicamentos en denominación común internacional (artículo 42 de la Resolución 5521 de 2013) y que se precisen las terapias ordenadas y su periodicidad, evitando el uso de categorías globales como “terapias ABA” o “terapias EBI”. Se reitera también que la prescripción de las terapias debe promover la integralidad del proceso de rehabilitación funcional a través de la articulación de los servicios, la valoración de un equipo interdisciplinario de acuerdo con el compromiso clínico y condiciones coexistentes y evitar la fragmentación de los mismos. (Artículo 53 de la Ley 1438 de 2011).

Por lo anterior, para soportar la toma de decisiones informadas en la mejor evidencia, el país ha avanzado en el desarrollo de procesos rigurosos y sistemáticos de búsqueda y síntesis de evidencia de efectividad y seguridad de tecnologías en salud, un ejemplo de ello es la revisión que el Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud – IETS - realizó, en relación con las “Terapias de Análisis de Comportamiento Aplicado ABA, para el tratamiento de personas con diagnóstico de trastornos del espectro autista (TEA) y trastorno de hiperactividad y déficit de atención (TDH)”. En esa evaluación se revisa sistemáticamente la evidencia sobre el uso de este tipo de terapias para la atención de los menores con diagnóstico de TEA y TDH. Una de las conclusiones importantes de dicho estudio, es que no hay evidencia que soporte la efectividad de la terapia ABA en personas con diagnóstico de TDH. En relación con la efectividad de estas terapias en personas con diagnóstico de TEA, se encontró que puede ser efectiva en algunos de los desenlaces evaluados, como habilidades cognitivas y lenguaje expresivo, con una calidad baja de la evidencia.

Para la evaluación de efectividad y seguridad de la terapia ABA, se realizó una revisión preliminar de la evidencia y un consenso de expertos, que permitió definir la pregunta

orientadora de la evaluación (pregunta PICO), concluyendo que este tipo de terapias no tienen utilidad en casos de parálisis cerebral, discapacidad cognitiva (trastornos del lenguaje y trastornos de aprendizaje), alteraciones del cráneo (microcefalia, craneosinostosis) y síndrome de Down, dado que no hay sustento científico, ni pertinencia clínica para la intervención con ABA en personas con estos diagnósticos.

2.3.2. De la declaración de los conflictos de intereses.

Se recuerda a los profesionales de la salud involucrados en la atención de personas con discapacidad, que la obtención de beneficios personales por la prescripción de determinadas terapias, puede acarrear sanciones en los casos y en los términos previstos por la legislación (artículos 40 y 41 de la Ley 23 de 1981 y artículo 106 de la Ley 1438 de 2011). Estas obligaciones exigen implícitamente también que se manifiesten los conflictos de interés cuando de la prescripción de una terapia en un determinado establecimiento, el profesional de la salud pueda recibir algún beneficio directo o indirecto.

2.3.3. De la prescripción de servicios que promuevan la salud de los pacientes.

La prescripción de servicios de salud para la atención de la población con discapacidad debe tener en cuenta tanto su justificación, pertinencia en el caso concreto, como la evidencia científica que indica las posibilidades terapéuticas que el mismo representa para el paciente (artículos 10 y 12 de la Ley 23 de 1981 y artículo 15 de la Ley 1751 de 2015). En este sentido, es necesario evitar servicios que puedan representar riesgo para la salud de los pacientes o aquellos sobre los cuales no exista ninguna evidencia sobre su seguridad y efectividad en la salud.

3. LOS PACIENTES Y AFILIADOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Las personas con discapacidad y sus familias deben propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia, usando de manera racional y adecuada los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cumpliendo con los deberes de solidaridad, participación y colaboración, de acuerdo con lo previsto en el numeral 3.17 del artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, en concordancia con lo dispuesto en la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente plasmados en la Resolución 4343 de 2012.

En este orden de ideas, corresponde a las familias de las personas con discapacidad velar por su cuidado y en este sentido deben ser involucradas en los esquemas de atención, de modo que cuenten con las capacidades y habilidades para brindar la atención que el miembro de su familia en tal situación requiere.


4. ACCESIBILIDAD COMUNICATIVA.

Se invita a las EPS e IPS a generar estrategias, que permitan garantizar una comunicación efectiva de doble vía entre el personal administrativo y asistencial en salud y las personas con discapacidad.

Estas estrategias podrán utilizar mecanismos y tecnologías disponibles en el país, aprovechando las iniciativas dispuestas por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, tales como el “Centro de Relevó” que responde a necesidades de accesibilidad por parte de las personas sordas, o el software denominado ConVertic - con descarga gratuita a nivel nacional, dirigido a la población ciega y con baja visión y, en general, todos aquellos mecanismos e instrumentos que materialicen una accesibilidad comunicativa con la población con discapacidad.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D.C., a los 30 MAR 2015



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

