



ACTUALIZACIÓN DE AGENDA REGULATORIA AR-2019 Y CUMPLIMIENTO DE LA DIRECTIVA PRESIDENCIAL 07 DE 2018.

NORMA	OBSERVACIÓN DEL PÚBLICO	RESPUESTA DE VIABILIDAD O INVIABILIDAD SUSTENTADA.
DIRECCION DE FINANCIAMIENTO SECTORIAL		
<p>Resolución 1885 de 2018</p>	<p>¿Por qué considera que el trámite es engorroso/difícil? El procedimiento de pago a las EPS de solicitudes de recobro ante la ADRES de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC contiene un alto nivel de glosas (objeciones) no pertinentes, y en la actualidad se presenta mora en el pago de dichas sumas a las EPS.</p> <p>¿De qué forma podríamos mejorar el trámite? Excluir a las EPS del financiamiento temporal de las prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC, de manera que el pago se realice directamente de la ADRES a los prestadores de servicios de salud y proveedores, los cuales facturarían directamente a la ADRES. Esta propuesta terminaría con una de las causas más importantes de la crisis financiera de dichas entidades.</p> <p>Debe establecerse un procedimiento de levantamiento automático de glosa cuando esta no es pertinente y el correspondiente reconocimiento de intereses moratorios.</p>	<p>Teniendo en cuenta que el aseguramiento es tanto de lo que está financiado en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC como aquello que no, el excluir a la EPS del trámite fraccionaria la gestión del riesgo. Adicionalmente, las Entidades Promotoras de Salud realizan auditoría a lo NOPBS UPC teniendo como referencia los acuerdos de voluntades con su red de prestadores.</p> <p>Finalmente, es preciso mencionar que en la Resolución 1885 de 2018 se prevé que para aquellos proveedores incluidos en el listado de ADRES se realiza solo cobro, y no se aplica la figura de recobro, es decir, que la factura de venta no se presenta con sello de cancelado por parte de la EPS.</p>
<p>Circular 030 de 2013</p>	<p>¿Por qué considera que el trámite es engorroso/difícil? Porque las IPS y las Entidades Territoriales solicitan información que el Ministerio ya tiene consolidada en sus bases de datos (información que se solicita por la circular 030 de 2013.)</p> <p>¿De qué forma podríamos mejorar el trámite? Consolidando la solicitud de información a través del Ministerio de la Protección Social.</p>	<p>La información que es consolidada por el MSPS, en el marco de la Circular Conjunta 030 de 2013, es con base en la información remitida por parte de las diferentes ERP (Entidades Responsables de Pago) e IPS. Sin embargo, las entidades deben hacer la actualización de forma trimestral a través de la plataforma PISIS, la cual debe guardar consistencia con sus estados de cartera y estados financieros.</p> <p>Es importante mencionar, que la veracidad de la información depende de las entidades que reportan a través de este mecanismo el estado actual de sus deudas. Por lo tanto, la fuente primaria está en cada una de las entidades (ERP e IPS).</p>
<p>Circular conjunta 030</p>	<p>¿Por qué considera que el trámite es engorroso/difícil? El problema con la circular 030 radica en que las EPS no reportan la facturación radicada por las IPS oportunamente que conlleva una diferencia de dos (2) meses de facturación con respecto de lo reportado por las IPS, de tal manera que al realizar el cruce la superintendencia para las mesas de conciliación es imposible realizarlas puesto que el trámite termina en la simple conclusión de inconsistencia. Las EPS nunca</p>	<p>La veracidad de la información es responsabilidad de cada una de las entidades que reportan los anexos incluidos en la Circular Conjunta 030. Así mismo, en la Circular está especificado que se deben reportar todas las facturas radicadas independientemente de su estado de auditoría.</p>



	<p>tienen en cuenta esta información para efectos de conciliación ni liquidación de contratos.</p> <p>¿De qué forma podríamos mejorar el trámite? Si bien es cierto la circular 030 tiene como objeto la depuración de cartera la misma debería de ser exigible con la resolución 2193 que también se reporta trimestralmente y exigir a las EPS que se tenga en cuenta como cartera lo radicado y no lo auditado.</p>	<p>Adicionalmente, los compromisos de pago se generan a partir de la información coincidente en la Circular Conjunta 030. Por lo tanto, tanto el MSPS en cabeza de la Dirección de Financiamiento Sectorial ha realizado asistencia técnica a nivel nacional buscando mejorar la calidad de la información.</p>
Resolución 1885 de 2018	<p>¿Por qué considera que el trámite es engorroso/difícil? Inoportunidad en las respuestas, cantidad de detalle de información, lineamientos claros e incumplimiento de los tiempos en los pagos al sector Asegurador.</p> <p>¿De qué forma podríamos mejorar el trámite? Normatividad simple, práctica y efectiva.</p>	<p>La Resolución 1885 de 2018 contiene todo el procedimiento relacionado con tecnologías en salud no financiados por el Plan de Beneficios con cargo a la UPC del régimen contributivo, desde la prescripción hasta el pago por parte de la ADRES, de manera que en un solo documento las EPS puedan consultar la normatividad específica, completa y detallada de los recobros.</p>
Recobro/Incapacidades		<p>El ciudadano no diligencia el campo correspondiente a ¿Por qué considera que el trámite es engorroso/difícil?, ni el de ¿De qué forma podríamos mejorar el trámite?, razón por la cual no se cuenta con el insumo para darle respuesta.</p> <p>No obstante, es importante mencionar que frente a los tiempos para el reconocimiento de una incapacidad al empleador por parte de la EPS, el inciso segundo del artículo 2.2.3.1. del Decreto 780 de 2016, establece que el pago de las prestaciones económicas al aportante, será realizado directamente por la EPS y EOC, a través de reconocimiento directo o transferencia electrónica en un plazo no mayor a cinco (5) días hábiles contados a partir de la autorización de la prestación económica por parte de la EPS o EOC. La revisión y liquidación de las solicitudes de reconocimiento de prestaciones económicas se efectuará dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la solicitud del aportante.</p>
Circular 030 de 2013	<p>¿Por qué considera que el trámite es engorroso/difícil? Para realizar el trámite debería realizarse verificación con los informes financieros que se presentan ante la Supersalud, sobre la cartera que tienen las entidades, dado a que algunas IPS de naturaleza privada como es nuestro caso no tiene cartera con EPS de régimen subsidiado ni contributivo, sólo con empresas privadas y personas particulares.</p> <p>¿De qué forma podríamos mejorar el trámite? Haciendo cruce con la información presentada ante la Supersalud el 20 de febrero y el 25 de julio de cada año.</p>	<p>La Circular Conjunta 030 es de obligatorio cumplimiento para las EPS, Entidades Territoriales e IPS que se encuentran registradas en el REPS como Instituciones - IPS. Por lo tanto, si la IPS no tiene cartera con las EPS del régimen subsidiado o contributivo ni con las Entidades Territoriales debe realizar el reporte en ceros, es decir, sin incluir ningún registro de detalle.</p>



DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE LA OPERACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD, RIESGOS LABORALES Y PENSIONES

<p>Resolución 1552 de 2013 (Por medio de la cual se reglamentan 123 y 124 del DL 019 de 2102). Art. 1° sobre la autorización y asignación de citas generales, odontológicas y especializadas.</p> <p>Decreto 682 de 2018 y la Resolución 2515 de 2018. Art. 3° condiciones para habilitación. Anexo Técnico. Criterio 5. Autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos.</p>	<p>Cuando el médico general asigne las citas para médicos especializados de una vez se genere la autorización. Así se ahorra tiempo y largas filas. Avanzaría económicamente el país.</p> <p>Por qué deben realizar grandes filas por largas horas, afectando el desarrollo del país ya que se pierde tiempo en las empresas.</p>	<p>La observación es pertinente. Su implementación en la práctica, no requiere expedición de normas adicionales.</p> <p>En el marco del proceso de habilitación de la EPS (Decreto 682 de 2018 y la Resolución 2515 de 2018) , se desarrollará como parte de los estándares del Criterio 5. Autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos, que deben cumplir las EPS.</p>
<p>Decreto 682 de 2018 y la Resolución 2515 de 2018. Art. 3° condiciones para habilitación. Anexo Técnico. Criterio 5. Autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos.</p>	<p>Autorización para acceder a servicios de salud.</p> <p>Cuando la atención es en una IPS, que la autorización sea abierta sin fecha de vencimiento, por aquello de los exámenes. Cuando dan la cita nuevamente se ha vencido y el usuario debe correr a conseguir otra.</p> <p>El trámite es engorroso por el desplazamiento de los usuarios, cuando se trata de pacientes mayores de 60 años.</p>	<p>Entendiendo que la observación se hace para solicitar que la autorización de práctica de exámenes sea abierta, y no pierda vigencia, se responde, que en el marco del proceso de habilitación de la EPS (Decreto 682 de 2018 y la Resolución 2515 de 2018) , se desarrollará como parte de los estándares del Criterio 5. Autorización de servicios médicos, medicamentos e insumos, que deben cumplir las EPS.</p>
<p>Decreto 682 de 2018 y la Resolución 2515 de 2018. Art. 3° condiciones para habilitación. Anexo Técnico. Criterio 1. Sistema de Gestión de Riesgos.</p>	<p>Autorización integral de prestación de servicios.</p> <p>Porque es poner al paciente, usuario y/o familiares en trámites innecesarios como las autorizaciones y demás, que demandan tiempo y dificultan el acceso al servicio.</p> <p>Los trámites deberían realizarse internamente entre las EPS y los prestadores de servicio y no que el paciente deba realizarlos</p>	<p>La observación es pertinente. Su implementación en la práctica, no requiere expedición de normas adicionales.</p> <p>En el marco del proceso de habilitación de la EPS (Decreto 682 de 2018 y la Resolución 2515 de 2018) , se desarrollará como parte de los estándares del Criterio 1. Sistema de Gestión de Riesgos.</p>
<p>Decreto 780 de 2016 Resolución 768 de 2018.</p>	<p>Traslado EPS. No funciona en la web pues no permite realmente hacer un traslado aun cuando yo cumpla los requisitos. Mejorando el aplicativo. Que sea eficaz</p> <p>Las EPS siguen abriendo servicios complementarios con cobros, pero no cumplen siquiera con todos los básicos.</p> <p>Que les paguen a las IPS, sino con dinero al menos con aporte de infraestructura, equipamiento a la salud pública, para atender a los ciudadanos bien ya que las privadas primero cobran y después no cumplen.</p> <p>Claro, por la autonomía que tienen los que dirigen las EPS y las personas que las dirigen y gerencian.</p>	<p>Estos casos se revisan puntualmente por intermedio de las mesas de ayuda y las PQR, a través del web por lo cual no se requiere de expedición. No se requiere expedición de reglamentación.</p> <p>La observación es pertinente, se requiere la reglamentación en cuanto a que se debe procurar que las EPS presten los servicios básicos y que no se requiera pagar servicios complementarios.</p> <p>Su implementación en la práctica, requiere que se expida reglamentación.</p>



<p>Artículo 3.2.7.6 del Título 7 a la Parte 2 del Libro 3 del Decreto 780 de 2016 Único</p> <p>Reglamentario del Sector Salud y Protección Social adicionado por el artículo 2 del Decreto 1273 de 2018</p>	<p>¿Por qué considera que el trámite es engorroso/difícil?</p> <p>El Decreto 1273 de 2018, reglamenta la retención de aportes a la seguridad social en los contratos de prestación de servicios personales por parte de los contratantes públicos, privados o mixtos que sean personas jurídicas, los patrimonios autónomos y consorcios o uniones temporales conformados por al menos una persona jurídica, la cual el artículo 3.2.7.6 del citado decreto, establece que regirá a partir de junio de 2019.</p> <p>El trámite de retención resulta administrativa, operativamente y presupuestalmente complejo para las entidades contratantes, dado que implica (i) ajuste en los sistemas de presupuesto, tesorería y contabilidad; (ii) parametrización de la contratación y pagos; (iii) contratación por parte de las entidades obligadas a la retención con particulares para realizar los ajuste necesarios a los sistemas de información que maneja cada entidad, lo cual en algunos caso requiere tratándose de entidades públicas adelantar procesos licitatorios que conllevan un duración estimada de (3 meses) en promedio más la ejecución del contrato; (iv) asunción de responsabilidades por parte la entidad contratante (publicas) de responsabilidades en plazos fijos cuyo cumplimiento depende de un tercero como es la aprobación del PAC que depende del Ministerio de Hacienda y Crédito Público; (v) el procedimiento para la retención y giro de los aportes, contiene cargas operativas considerables para los contratantes (vi) riesgos jurídico de configuración de contrato realidad y demandas por este concepto.</p> <p>¿De qué forma podríamos mejorar el trámite?</p> <p>En ese orden de ideas, resultara necesario (i) prorrogar el término de entrada en vigencia de la retención a fin que las entidades que deban hacer ajustes de tipo operativo, administrativo y presupuestal dispongan del tiempo suficiente para tal efecto; y (ii) revisar y evaluar la modificación de la retención.</p>	<p>Esta medida se materializaría mediante un decreto por medio del cual se modifique el artículo 3.2.7.6 – Plazos del Título 7 a la Parte 2 del Libro 3 del Decreto 780 de 2016 Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, prorrogando la entrada en vigencia de la retención de aportes</p>
DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS COSTOS Y TARIFAS DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD		
<p>Código Sustantivo del Trabajo.</p> <p><i>“ARTICULO 488. REGLA GENERAL. Las acciones correspondientes a los derechos regulados en este código prescriben en tres (3) años, que se cuentan desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible, salvo en los casos de prescripciones especiales</i></p>	<p>La disposición establece que el derecho de los empleadores de solicitar a las EPS el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de 3 años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador.</p> <p>El término presenta dificultades en la medida que cuando el derecho a solicitar el reembolso no se ejerce tan pronto como el empleador realiza el pago al trabajador, la EPS queda imposibilitada para cumplir la obligación de emitir el concepto de rehabilitación antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad</p>	<p>La norma establece el término de prescripción del derecho, en ningún momento establece el plazo de recobro que Los empleadores deberán hacer a las EPS.</p>



<i>establecidas en el Código Procesal del Trabajo o en el presente estatuto."</i>	temporal y enviarlo a la AFP antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150). Lo anterior afecta el derecho del trabajador en la medida en que dificulta el ejercicio del derecho a que la AFP evalúe postergar el trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral y en su caso otorgar al trabajador un subsidio equivalente a la incapacidad, desde el día 181 hasta el día 360 de incapacidad.	
Resoluciones MIPRES	Gestión de medicamentos en la plataforma Mipres. Tiene muchas variables por ejemplo identificar si el medicamento, dispositivo o servicio está incluido en el plan de beneficio, la indicación INVIMA, y adicionalmente existen problemas de oportunidad se requiere el medicamento hoy y se puede entregar incluso después de 10 días, el trámite debe ser más ágil y oportuno.	Plantea modificaciones a varias normas, las que definen el PBSUPC actualmente resolución 5857 de 2018; en lo que respecta a la herramienta tecnológica MIPRES (mecanismo de protección individual) resoluciones 1885 de 2018 contributivo; en el subsidiado resoluciones 2438 y 5871 de 2018, además las normas que establecen la estandarización de datos de medicamentos y Dispositivos médicos. Por último, señala lo referente a prestación de servicios y operación del aseguramiento para accesibilidad y oportunidad.
Plan de Beneficios, Acceso a Servicios	Autorización para acceder a servicios de salud cuando la atención es en una IPS, que sea abierta sin fecha de vencimiento, por aquellos de exámenes cuando dan la cita nuevamente se ha vencido y el usuario debe correr a conseguir otra.	Las normas como el Decreto 2200 de 2015 señala los requisitos y la validez de la fórmula u orden (recetario); si se deja una fecha abierta se corre el riesgo de violar la oportunidad y accesibilidad generando barreras de acceso y negación de servicios, además afecta la competencia de operación del aseguramiento en salud.
Plataforma MIPRES	Se supone que las fórmulas priorizadas deben ser autorizadas en un día calendario, pero no lo están haciendo así, cosa que va en detrimento de la salud y genera luego altos costos por los tratamientos de las consecuencias de no controlar una enfermedad como lo es la diabetes	El incumplimiento de la normatividad vigente no se corrige con la modificatoria o expedición de una nueva norma, es con el acatamiento bajo el principio de legalidad y las sanciones legales y disciplinarias por la omisión al deber legal de acatamiento, validez, eficacia de la norma positiva.

Adicionalmente, frente al primer punto se anexa:

Como el derecho a la prestación económica incapacidad por enfermedad general es una de las prestaciones sociales inherentes al contrato laboral, el participante se refiere a la regla general de prescripción de la acción para reclamar el derecho por parte del trabajador, que se encuentra en el Código Sustantivo del Trabajo, cuyo objeto es lograr la justicia en las relaciones que surgen entre empleadores y trabajadores, así:

"ARTICULO 488. REGLA GENERAL. Las acciones correspondientes a los derechos regulados en este código prescriben en tres (3) años, que se cuentan desde que la respectiva obligación se haya hecho exigible, salvo en los casos de prescripciones especiales establecidas en el Código Procesal del Trabajo o en el presente estatuto".

Ahora, el comentario que presenta el usuario no versa sobre la norma a la que él alude y transcribe, sino con respecto a la norma especial aplicable al empleador contenida en la ley 1438 de 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones":

La disposición especial para el empleador dice:

"Artículo 28. Prescripción del derecho a solicitar reembolso de prestaciones económicas. El derecho de los empleadores de solicitar a las Entidades Promotoras de Salud el reembolso del valor de las prestaciones económicas prescribe en el término de tres (3) años contados a partir de la fecha en que el empleador hizo el pago correspondiente al trabajador". (Se subraya para resaltar)



La observación del participante se concreta a que el término de tres años para reclamar el reconocimiento de la prestación económica a favor del afiliado y a cargo de la Administradora del Fondo de Pensiones, presenta dificultades cuando el empleador no solicita el reembolso en forma inmediata a haber efectuado el pago al trabajador, ya que según aduce, el derecho del trabajador al reconocimiento por parte de la AFP se vería afectado porque la EPS quedaría en imposibilidad de cumplir obligación de emitir el concepto de rehabilitación antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo a la AFP antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), hecho que a la vez repercutiría en la obligación a cargo de la AFP de postergar el trámite de calificación de pérdida de capacidad laboral y en su caso otorgar al trabajador un subsidio equivalente a la incapacidad, desde el día 181 hasta el día 360 de incapacidad .

Se observa que el usuario vincula el término general de prescripción de la acción a favor del trabajador, con el de prescripción, que tiene el empleador para recobrar a la EPS y a la vez, lo asocia con la imposibilidad de esta última de expedir el concepto de rehabilitación en los términos de ley, por una presunta demora del empleador en el ejercicio de la acción y un consecuente impedimento para la Administradora de Fondo de Pensiones - AFP en lo relativo a la postergación de la calificación de Pérdida de Capacidad Laboral - PCL. Aspectos estos, que se precisa diferenciar y analizar por separado, pues se dan en escenarios diferentes

Las obligaciones de la EPS y de la AFP referidas por el participante, se encuentran estipuladas en el artículo 41 de la Ley 100 de 1993 (modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005 y por el artículo 142 del Decreto Nacional 019 de 2012):

"CALIFICACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ. El artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el artículo 52 de la Ley 962 de 2005, quedará así:

"Artículo 41. Calificación del Estado de Invalidez. El estado de invalidez será determinado de conformidad con lo dispuesto en los artículos siguientes y con base en el manual único para la calificación de invalidez vigente a la fecha de calificación. Este manual será expedido por el Gobierno Nacional y deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de su capacidad laboral.

Corresponde al Instituto de Seguros Sociales, Administradora Colombiana de Pensiones -COLPENSIONES-, a las Administradoras de Riesgos Profesionales - ARP-, a las Compañías de Seguros que asuman el riesgo de invalidez y muerte, y a las Entidades Promotoras de Salud EPS, determinar en una primera oportunidad la pérdida de capacidad laboral y calificar el grado de invalidez y el origen de estas contingencias. (...)

Para los casos de accidente o enfermedad común en los cuales exista concepto favorable de rehabilitación de la Entidad Promotora de Salud, la Administradora de Fondos de Pensiones postergará el trámite de calificación de Invalidez hasta por un término máximo de trescientos sesenta (360) días calendario adicionales a los primeros ciento ochenta (180) días de incapacidad temporal reconocida por la Entidad Promotora de Salud, evento en el cual, con cargo al seguro previsional de invalidez y sobrevivencia o de la entidad de previsión social correspondiente que lo hubiere expedido, la Administradora de Fondos de Pensiones otorgará un subsidio equivalente a la incapacidad que venía disfrutando el trabajador.

Las Entidades Promotoras de Salud deberán emitir dicho concepto antes de cumplirse el día ciento veinte (120) de incapacidad temporal y enviarlo antes de cumplirse el día ciento cincuenta (150), a cada una de las Administradoras de Fondos de Pensiones donde se encuentre afiliado el trabajador a quien se le expida el concepto respectivo, según corresponda. Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto" (subrayado ajeno al texto de origen)

Solución:

Lo primero que debe considerarse es que corresponde al empleador el trámite ante las EPS para el reconocimiento y pago de la incapacidad a favor del trabajador (artículo 121 del Decreto ley 019 de 2012).

El empleador en aplicación del artículo 28 de la Ley 1437 de 2011, paga al trabajador dependiente la incapacidad por enfermedad general, conforme el certificado expedido por el médico tratante y procede al cobro del monto correspondiente al tercer día en adelante, ante la EPS, para lo cual cuenta con un término de tres años contados a partir del reconocimiento que hizo a su trabajador. Si la incapacidad es expedida por médico no adscrito a la EPS, siempre el empleador debe tramitar la correspondiente transcripción.

En segundo lugar, independientemente del recobro a la EPS por parte del empleador, esta entidad está obligada a tener un control sobre las incapacidades que se generan en cualquiera de sus prestadores de salud o vía transcripción. Y como quiera que es responsable no solo de las prestaciones asistenciales sino del reconocimiento y pago de las económicas que se deriven de las contingencias de licencias de maternidad y enfermedad general de origen común.



Además, la EPS conoce de sus obligaciones legales. La consecuencia de no proceder en los términos del citado artículo 41 de la Ley 100 de 1993, modificado por el 142 del Decreto 019 de 2012, es continuar asumiendo la misma, por su cuenta, a título de sanción, como así se encuentra consagrada “Cuando la Entidad Promotora de Salud no expida el concepto favorable de rehabilitación, si a ello hubiere lugar, deberá pagar un subsidio equivalente a la respectiva incapacidad temporal después de los ciento ochenta (180) días iniciales con cargo a sus propios recursos, hasta cuando se emita el correspondiente concepto”.

No hay lugar a que la EPS condicione la calificación de la pérdida de capacidad laboral del afiliado o la expedición del concepto de rehabilitación, al recobro que el empleador le haga de la correspondiente prestación, porque, como se observa, según la ley, la emisión del concepto del que trata artículo 142 del Decreto 019 de 2012, modificadorio del artículo 41 de la Ley 100 de 1993, no depende del recobro de la prestación económica por parte del empleador.

Por la sanción legal, al ser asumida la prestación económica por parte de la EPS después del día 180 de incapacidad continua e ininterrumpida, el usuario no se ve afectado en su derecho a la prestación económica. Y en todo caso, si así fuere, puede ejercer a partir de ese momento la acción correspondiente a obtener el pago de su incapacidad, pues nada se opone a la aplicación del artículo 488 del C.S.T., al que alude el participante.

CONCLUSIÓN

Por lo expuesto, existe congruencia en la interpretación armonizada de la ley de modo que es viable jurídicamente su aplicación, máxime cuando está definida en forma inequívoca y en contexto de las actuaciones correspondientes a cada actor.

Ninguna norma condiciona la obligación de la EPS de expedir el concepto de rehabilitación al recobro de la prestación económica por parte del empleador.

La EPS conoce de la expedición de la incapacidad por enfermedad general pues tiene a su cargo la prestación de los servicios de salud de sus afiliados y, especialmente, porque su obligación se deriva de la ley, de la que también emana la sanción que su omisión acarrea. El desconocimiento de la ley por parte de esta entidad le traería como consecuencia la sanción de asumir por su cuenta la prestación económica, pues no operaría traslado de esta a la AFP.

El trabajador (vale decir el afiliado) no se ve afectado en el reconocimiento y pago de la prestación económica, ya que, se reitera, si la EPS no cumple su obligación en el término legal, continúa con el pago de la prestación económica hasta que expida el concepto, lo notifique a la Administradora de Fondo de Pensiones y esta última entidad asuma el pago del subsidio equivalente a la incapacidad que venía recibiendo el afiliado por cuenta de la EPS.

Y, por último, la prescripción del derecho al ejercicio de la acción por parte del trabajador, contenida en el artículo 488 del C.S.T., enunciado por el participante, es independiente a los trámites entre las entidades responsables y en todo caso el término se contabiliza de acuerdo con las reglas legales y las interrupciones, según hubiere lugar en cada caso.

Por todo lo expuesto no hay lugar a modificación normativa.