



# GACETA DEL CONGRESO

## SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRESA NACIONAL DE COLOMBIA  
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXII - N° 782

Bogotá, D. C., jueves, 22 de junio de 2023

EDICIÓN DE 42 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA  
SECRETARIO GENERAL DE LA CÁMARA  
www.camara.gov.co

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

# CÁMARA DE REPRESENTANTES

## PONENCIAS

### INFORME DE PONENCIA POSITIVA PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 265 DE 2022 CÁMARA

*por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones.*

Bogotá, D. C., 2023

Doctor

AGMETH SCAFF TIJERINO

Presidente

Comisión Séptima

Cámara de Representantes.

Ciudad


**Referencia: Informe de Ponencia Positiva para primer debate al Proyecto de ley número 265 de 2022 Cámara, por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones.**

Respetado Presidente Scaff,


En cumplimiento a la honrosa designación hecha por la mesa directiva de la Comisión Séptima de la honorable Cámara de Representantes, nos permitimos rendir ponencia positiva con modificaciones para primer debate al Proyecto de ley número 265 de 2022 Cámara, *por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para*

*las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones.*

Atentamente,

  
JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA  
Representante a la Cámara  
Departamento del Norte De Santander

ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN  
Representante a la Cámara  
Departamento del Valle

  
BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO  
Representante a la Cámara  
Departamento del Atlántico

Bogotá, D. C., 2023

En condición de ponentes del proyecto de la referencia, nos permitimos presentar ponencia para primer debate en los siguientes términos:

### 1. TRÁMITE.

Número Proyecto de ley	265 DE 2022 CÁMARA
Título	"Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones".
Ponencia	Positiva
Autor	Honorable Representante Jairo Humberto Cristo Correa, honorable Representante Víctor Manuel Salcedo Guerrero, honorable Representante Hugo Alfonso Archila Suárez, honorable Representante Betsy Judith Pérez Arango, honorable Representante Adriana Carolina Arbeláez Giraldo, honorable Representante Germán Rogelio Rozo Anís, honorable Representante Camilo Esteban Ávila Morales

Radicado	1° de noviembre de 2022
Publicación proyecto	
Ponentes para Primer Debate	<i>Jairo Humberto Cristo Correa</i> <i>Alfredo Mondragón Garzón</i> <i>Betsy Judith Pérez Arango</i>
Fecha de notificación a los ponentes	24 de noviembre de 2022

#### Contenido

1. Objeto.
2. Antecedentes.
3. Justificación.
4. Marco jurídico.
5. Conflicto de intereses.
6. Proposición.
7. Texto para primer debate.

#### 1. OBJETIVO

El objetivo del proyecto de ley busca garantizar el buen funcionamiento del Sistema de Seguridad Social que acoge a las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, miembros administrativos, sus usuarios y beneficiarios, atendiendo los principios de atención médica de calidad, oportuna y eficiente junto con aspectos en prevención, protección, y rehabilitación. Se reorganiza su estructura administrativa junto con sus funciones e integrantes, así como también se prioriza la atención médica de los afiliados favoreciendo el derecho fundamental de la salud y el núcleo familiar, a su vez brinda una estructura que permita el efectivo goce del derecho fundamental; armonizado con la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

El sistema debe mantener su condición de régimen especial en salud, exceptuado del sistema general de seguridad social; debido a su interrelación directa con las actividades operativas militares y de policía, hacer parte de la estructura de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Su estructura organizacional deberá tener verticalidad, integralidad al Subsistema del Homic, unidad de mando y control, autonomía y administración de los recursos por un solo ente asegurador y la prestación de los servicios ejecutarse de conformidad a las necesidades de los usuarios y a su caracterización en forma descentralizada garantizando su sostenibilidad financiera, eficiencia operacional y efectividad con el cumplimiento de los criterios de la calidad en salud.

#### 2. ANTECEDENTES

##### Resumen histórico:

En el año 2015, después que en el 2014 se complicó la situación financiera del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía, el Ministerio de Defensa Nacional recibió el trabajo de diagnóstico y recomendaciones sobre el estado del subsistema de salud militar, que se contrató con la firma Ernest & Young por la suma de \$2.400 millones de pesos, alrededor de un millón de dólares de la época.

Se plantearon los siguientes factores críticos del SSFM:

1. Estructura organizacional inadecuada.

2. Deficiencia de un modelo de atención en salud para el SSFM.
3. Coberturas e indicadores de salud deficientes.
4. Rol y desempeño del Hospital Militar Central.
5. Ineficiencias operacionales en la prestación de servicios.
6. Tendencia a un desequilibrio financiero para el aseguramiento del plan de beneficios.
7. Ausencia de un sistema de información de sanidad militar.

Se plantearon las siguientes líneas estratégicas:

1. Presentación de un proyecto de ley para el SSMP (transformación del SSMP).
2. Saneamiento de las finanzas del sector (solución del déficit).
3. Implementación de planes y programas para el mejoramiento de los servicios de salud.
4. Desarrollo e implementación del sistema de información de sanidad militar.

Proyecto de ley propuesto por la Consultoría Ernest & Young

Antecedentes fundamentados en el resultado de la consultoría; el Ministerio de Defensa estructuró un proyecto de reforma a la Ley 352 de 1997 a través de la presentación de un proyecto de ley conocido como el “ptes” bajo las siguientes consideraciones:

El sistema debe mantener su condición de régimen especial en salud exceptuado del sistema general de seguridad social y por su interrelación directa con las actividades operativas militares y de policía, hiciera parte de la estructura de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

- Su estructura organizacional deberá tener verticalidad; integralidad al Subsistema del Homic; unidad de mando y control; autonomía y administración de los recursos por un solo ente asegurador y la prestación de los servicios; ejecutarse de conformidad a las necesidades de los usuarios y a su caracterización en forma descentralizada garantizando su sostenibilidad financiera, eficiencia operacional y efectividad con el cumplimiento de los criterios de la calidad en salud.
- Una única dirección de aseguramiento y salud para las Fuerzas Militares con dependencia directa del comando general de las FF. MM., de forma vertical sin direcciones de sanidad de las fuerzas e incorporación del Hospital Militar Central a esa dirección.
- La estructura propuesta implica las siguientes condiciones de gobernabilidad y capacidad de gestión que aseguran la operatividad del subsistema de salud con las siguientes capacidades:
  - Dependencia directa de las fuerzas (comando general de las FF. MM.) y unicidad de mando del subsistema.

- Unidades organizativas diseñadas para garantizar la operación de un modelo asegurador y de atención que cumpla con las normas y estándares de calidad y excelencia de un sistema de salud tanto a nivel nacional como internacional.
- Conduce a la transformación del Homic como establecimiento público a su incorporación como una unidad ejecutora especial dentro de dirección de sanidad y aseguramiento de la salud de las Fuerzas Militares, la reestructuración de las direcciones de sanidad, la unificación de todos los establecimientos de sanidad militar(sm) en unidades de servicios de salud y la administración vertical de los recursos.

El proyecto anteriormente descrito se conoce como ptes (plan de transformación estratégica de la salud) y se socializó con los usuarios en el mes de junio de 2015; sin embargo, por diferencias internas entre los comandantes de fuerza, el proyecto se engavetó.

En el año 2017 entre el tc (r) José Vicente Urbina; Jefe Técnico (r) Jairo Mosquera, Sánchez, sm (r) Lindón Johnson Gamboa Sotelo y sp (r) Francisco Lopera Ramírez, iniciamos la estructuración del proyecto de ley radicado inicialmente con el número 245-2019 Cámara; hoy 172 de 2020 Cámara.

En octubre del 2018 en el marco del III Foro de Veedurías de la Salud Militar y de Policía, la Red Nacional de Veedurías Salud Militar y Policía; la Asociación de Usuarios del Dispensario Médico de Medellín Milsaludmed; y las cooperativas Coomiran, Coomitan y contando con presencia de un representante de acore Antioquia, en la ciudad de Medellín se socializó el proyecto con participación de representantes de 12 departamentos, 14 veedurías regionales, departamentales y locales y otras organizaciones gremiales de Medellín y Bogotá.

Los estructuradores del proyecto tomamos conceptos, artículos y otros aspectos contenidos en el informe final de la institución contratada para hacer la auditoría y asesoría; del plan de transformación estratégica de la salud y su proyecto de ley; del comité de reforma estratégica e innovación CREI y su proyecto de ley y antecedentes que ponen de manifiesto las dificultades económicas y la falta de unidad de mando, además el punto de vista del Ministerio de Defensa, mandos militares y especialmente de los usuarios o sus representantes; salvo lo relacionado con la liquidación del Hospital Militar y la implementación de cuotas moderadoras, copagos y preexistencias.

En la estructuración del Proyecto de ley número 245 se siguieron los lineamientos y recomendaciones de la firma Ernest & Young y en el ptes. El Proyecto de ley número 245 fue enviado a organizaciones gremiales de retirados de la Fuerza Pública, se debatió y perfeccionó en la ciudad de Ibagué los días 2, 3 y 4 de noviembre de 2019 con participación de delegaciones de 12 departamentos.

### **Situación actual:**

En cuanto a la prestación de los servicios de salud, se tiene un sistema administrado y diferenciado tanto en las Fuerzas Militares (FF. MM.) Y a su interior para cada una de las Fuerzas (Armada, Aérea y Ejército), como en la Policía Nacional, con subsistemas propios, redes propias y administración autónoma, lo que hace ineficiente el sistema por la duplicación de funciones y de gastos, genera una baja cobertura, permite el desvío de infraestructuras y hace inoperante la ejecución de proyectos conjuntos en beneficio de todos los usuarios. Institucionalmente, se mantiene un sistema de salud fragmentado, conformado por dos subsistemas, uno para las Fuerzas Militares y otra para la Policía Nacional y tres direcciones de sanidad, Ejército, Armada y FAC, cada una con su lógica, infraestructura y organización burocrática, más no integradas; dualidad que está multiplicando los costos administrativos.

Al comparar los subsistemas de salud (militar y policial) dentro de su estructura funcional, objetivos y resultados, se encuentran grandes diferencias en cumplimiento, información y cobertura. La división de sus estructuras y duplicidad de direcciones genera impedimentos de mandato que limitan la toma de decisiones y fomentan las fallas con imposibilidad de corrección sin reestructuración.

Este panorama es acompañado de brechas económicas y de servicios dentro de las dos direcciones, los afiliados no encuentran similitudes dentro de los modelos de atención del subsistema de salud de las Fuerzas Militares y el subsistema de salud de la Policía Nacional que, por composición deberían prestar las mismas asistencias sin importar distinciones, un ejemplo de ello se evidencia en la falta de oportunidad en la dispensación de medicamentos para los usuarios, lo que conlleva a la afectación de la seguridad del paciente o usuario, que en su defecto toda no entrega oportuna de medicamentos puede generar deterioro en la salud, prolongación de estancias hospitalarias, entre otras.

Según los informes de la Contraloría General de la República, se encuentran dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares “deficiencias de planeación, seguimiento y control, en la regulación del sistema de referencia y contra referencia para la atención médica de los usuarios, causando ineficiencias en la utilización de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros destinados para la atención de la población del SSFM”.

### **Debilidades del subsistema de salud de las FF. AA.**

Aumento del gasto en la atención durante la última década, crecimiento asimétrico entre la capacidad instalada de oferta de servicios y la demanda asistencial del subsistema acorde al perfil epidemiológico actual.

- Limitaciones de las fuentes de financiamiento del sector para la cobertura presupuestal necesaria para el aseguramiento



especialmente de las enfermedades de alto costo, huérfanas y catastróficas.

- Frecuencias de uso de los servicios demasiado elevadas.
- Porcentaje de ausentismo en la consulta externa entre el 15% - 20%
- Limitaciones en la integración funcional, referencia y contrarreferencia y en el fortalecimiento de los niveles básicos de salud.
- Cambio del modelo de prestación de servicios.
- Ahora bien, el sistema se ve enfrentado a otro panorama global como es la pandemia del COVID-19, en este contexto se extrema la necesidad de fortalecer y estructurar un sistema eficiente que presente una atención de calidad y oportuna para los usuarios del servicio, a la vez que presenta una urgencia por el impacto que puede ocasionar en la seguridad nacional al punto de que los miembros de la Fuerza Pública deben ser atendidos óptimamente y directamente en sus regiones.

En atención a estas problemáticas y en busca de un sistema más sencillo, pero con un responsable visible, que permita tener un sistema que responda a las necesidades y realidades del mismo, sin un incremento de costos, sino al contrario una disminución de los mismos.

Nos permitimos hacer el siguiente planteamiento tendiente a darle continuidad a los debates que conduzcan el Proyecto de ley número 172 de 2020 a Ley de la República. Consideramos que dentro de este proceso no se puede ceder a ningún tipo de presión. *A priori* consideramos inviable, inconveniente, perjudicial para el sistema y para los usuarios aceptar que se incluya en el proyecto de ley aspectos ya conocidos, socializados, debatidos y rechazados por los usuarios; por lo menos en lo relacionado con el subsistema de salud militar; sin embargo, exponemos razones de tipo administrativo, económico, del modelo de atención y plan de beneficios, para soportar el trabajo desinteresado de cuántos participaron en la estructuración del proyecto conocido hoy como Ley 172 de 2020 Cámara:

A. La mayor preocupación de los actores del sistema de salud, Ministerio, CGFM, Disanpol, mandos de la salud, usuarios y profesionales, es precisamente que el sistema de salud militar y de policía conserve su régimen especial; de tal manera que cualquier idea que ponga en el mínimo riesgo esta condición la rechazamos.

B. El mando, dirección y control del sistema de salud militar y de policía, debe estar siempre en manos de las Fuerzas Militares y de Policía, de tal manera que excluir a los mandos militares del consejo superior, máximo organismo de dirección donde se fijan las políticas en materia del modelo

de atención y beneficios, e incluir mayorías de funcionarios públicos civiles, se rechaza totalmente.

C. La Constitución Nacional y normas de participación ciudadana establecen que se debe garantizar al usuario poder aspirar, elegir o ser elegido libremente en los espacios de participación y representación de los usuarios o en su defecto decidir sobre quiénes lo representan, de tal manera que nos oponemos a otorgar facultades al CSSMP para que condicione el derecho a aspirar a cualquier usuario, estableciendo requisitos académicos, títulos o grados, viola la constitución.

D. Nuestro sistema es especial, en consecuencia, el Decreto número 1920 de 1994 (desactualizado y no concordante con Ley Estatutaria 1751) no nos vincula, así las cosas, rechazamos incluir la obligación de establecer en nuestro sistema el principio de subsidiaridad y complementariedad, pues nos enredaríamos en la problemática de politiquería, corrupción y deficiencias del sistema general de seguridad social.

Concluyo que, el texto del proyecto, no es el resultado de cabezas que en caliente no piensan; es un trabajo hecho a conciencia por personas que, durante décadas, algunos actores y especialmente los autores del proyecto, están vinculados a la salud, conocen a fondo la problemática y el sentir de las autoridades de salud, médicos, directores y usuarios; lo que avala nuestra idoneidad para que exista credibilidad en este importantísimo tema de la salud.

### 3. JUSTIFICACIÓN

El Gobierno nacional debe garantizar la Salud como derecho fundamental amparado en el artículo 49 de la Constitución Política *“Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”*.

La Constitución Política de 1991 define a Colombia como un Estado Social de Derecho, lo que implica garantizar los derechos sociales individuales y colectivos mediante sus políticas de protección social. De acuerdo con lo anterior, la Constitución establece en el Título II, de los Derechos Garantías y Deberes, en su Capítulo 2, de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, artículos 48 y 49, los derechos a la seguridad social y a la atención en salud, como servicios públicos.

El artículo 48 define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio y de carácter irrenunciable para todos los habitantes, presentando al Estado como coordinador y director. También señala la participación de los particulares para la ampliación progresiva de la seguridad social y la exclusividad y sostenibilidad de los recursos destinados a su financiamiento.

Por su parte, el artículo 49 establece la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios

públicos a cargo del Estado, destacando que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Asimismo, garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, señalando que estas tienen el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Adicionalmente, dentro del desarrollo constitucional se ha señalado que la salud es un derecho que tiene carácter fundamental, facultando así a las personas de recursos para velar por su respeto y debido acceso a la salud.

El Régimen Especial para las Fuerzas Militares es introducido por el Decreto ley 1214 de 1990 (Ley 352 de 1997) *“Otorgando al Gobierno nacional facultades para reglamentar la organización estructural, los niveles de atención médica y grados de complejidad, la organización funcional, el régimen que influye normas científicas y administrativas y el régimen de prestación de servicios de salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía”*, además de esto el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional se rige por la Ley 352 de 1997 complementado por el Decreto ley 1795 de 2000 *“Por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional”*. Considerando lo anterior, el derecho fundamental a la Salud concierne a la totalidad de la población sin importar distinción, por esto el régimen mencionado debe disponer de todas las potestades adquiridas para los servicios de salud a lo largo del país. Así, el Estado cuenta con el deber de ser el órgano líder en la estructuración de las instituciones, políticas y servicios que componen el Régimen Especial en salud de las Fuerzas Militares.

El Ministerio de Defensa Nacional es el encargado de velar por la calidad de vida de todos los integrantes de la Fuerza Pública y sus beneficiarios, en función de esto la Dirección General de Sanidad Militar y la Dirección General de Sanidad Policial cumplen con el principio de prestar el servicio integral en salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos del personal afiliado.

Colombia es el país de América Latina con la cobertura más alta en salud, superando el 95% de su población, sin embargo, el 70% de los afiliados está insatisfecho con el servicio según una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), a partir de allí se puede evidenciar la existencia real de una serie de inconformismos en aspectos de calidad, atención, disponibilidad en dispensarios y cobertura.

Si bien el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional cuenta con la caracterización y organización conceptual para prestar los servicios de atención, promoción, prevención y rehabilitación médica, los resultados y la finalidad del Sistema no han sido los esperados comenzando a evidenciar a la luz pública graves problemas de disponibilidad, organización, cubrimiento y atención oportuna. Según los informes de la Contraloría General de

la República se encuentran dentro del Subsistema de salud de las Fuerzas Militares *“Deficiencias de planeación, seguimiento y control, en la regulación del sistema de referencia y contra referencia para la atención médica de los usuarios, causando ineficiencias en la utilización de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros destinados para la atención de la población del SSFM”*.

La situación del país en los últimos 15 años también ha ayudado a profundizar las problemáticas del Sistema, el mayor número de inserción de personas aumentando significativamente la población militar, el envejecimiento y retiro de la población y la falta de prevención en salud han limitado y sobrepasado la capacidad del Sistema. Sumando a estos cambios la inflexibilidad de la capacidad instalada y la deficiencia en la disponibilidad de talento humano en salud, hacen poco probable la expansión de este sistema para aumentar la cobertura física. Existe evidencia acerca de cómo los cambios mencionados anteriormente han afectado el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, según la Contraloría General de la República se presenta *“Falta de oferta de los servicios de salud a través de las agendas y de insumos médicos”* así como *“No existe la suficiente cobertura para acceder al servicio de salud de acuerdo a la demanda”*.

Con el paso del tiempo se ha evidenciado que los Sistemas de Salud deben estar en constante cambio y actualización según necesidades y variaciones dentro del panorama objetivo, para esta función es de vital importancia que la información proveniente de procesos investigativos y resultados en la atención sea bien distribuida para la generación de políticas y lineamientos.

Al comparar los Subsistemas de Salud (Militar y Policial) dentro de su estructura funcional, objetivos y resultados se encuentran grandes diferencias en cumplimiento, información y cobertura. La división de sus estructuras y duplicidad de direcciones genera impedimentos de mandato que limitan la toma de decisiones y fomentan las fallas con imposibilidad de corrección sin reestructuración. Este panorama es acompañado de brechas económicas y de servicios dentro de las dos direcciones, los afiliados no encuentran similitudes dentro de los modelos de atención del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional que por composición deberían prestar las mismas asistencias sin importar distinciones, un ejemplo de ello se evidencia en la falta de oportunidad en la dispensación de medicamentos para los usuarios, lo que conlleva a la afectación de la seguridad del paciente o usuario, que en su defecto toda no entrega oportuna de medicamentos puede generar deterioro en la salud, prolongación de estancias hospitalarias, entre otras. Es importante reducir estas brechas y procurar que los afiliados de cada uno de los integrantes de las diferentes fuerzas, miembros del Ministerio, retirados pensionados y beneficiarios reciban los mismos servicios

y encuentren las mismas herramientas para el constante mejoramiento del Sistema.

El panorama en salud de las Fuerzas Militares presenta un quebranto interno a nivel de exteriorizar todas sus necesidades en el momento de prestar los servicios a sus usuarios, **LA FALTA DE GOBERNABILIDAD**, la duplicidad administrativa y la falta de gerencia presupuestal lideran los males que aquejan este sistema. Este efecto va de la mano con la antigüedad del servicio prestado a la Fuerza Militar y a la Policía Nacional que, a pesar del gran porcentaje de similitudes en sus necesidades, se encuentran alejados el uno del otro sin disponer de la capacidad de combatir los inconvenientes bajo un solo propósito.

La estructura del sistema de salud de las Fuerzas Militares se basa en la Ley 352 de 1997, anquilosada por 23 años; el sistema se debe acoger a lo reglado por la misma, y su Decreto Reglamentario número 1795 de 2000; lo que conlleva a la omisión de los servicios de salud no solo como derecho fundamental, si no ajustados a un plan de servicios o de beneficios del 2001 (Acuerdo número 002), el cual difiere totalmente de las nuevas normas para garantizar el derecho a la salud con calidad y oportunidad; omitiéndose por ejemplo:

*Servicios y tecnologías incluyen: promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad.*

*La obligación de garantizar acceso efectivo y oportuno a estos servicios y tecnologías; y, además, de garantizar la atención de urgencias en todas las IPS.*

*Reglamenta el acceso a los servicios especializados de salud y la provisión de servicios y tecnologías de salud por medio de telemedicina.*

Uno de los índices disponibles que permite analizar la actualidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional es la evolución de las tutelas como mecanismo constitucional para defender y proteger su derecho fundamental a la salud, cabe resaltar que es estrictamente necesario indexar el término de “Salud como derecho fundamental” al Sistema de Salud de Policía Nacional y Fuerzas Militares para garantizar la prestación del servicio con las características y principios mencionados en el articulado. De modo que hay que mencionar que el número de tutelas interpuestas al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional es cercano a 7.291 tutelas, si se realiza una comparación con el año inmediatamente anterior, este ramo presentó un incremento de 36,23%.

Tabla 21. Entidades más tuteladas por el derecho a la salud (periodo 2017-2018)

Entidades	2017		2018		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Medimás/Cafesalud	39.679	20,04	24.731	11,89	-37,67
Coevea	19.848	10,03	22.894	11,01	15,35
Nueva EPS	19.650	9,93	22.457	10,80	14,28
Savia Salud/Alianza Medellín	16.041	8,10	20.984	10,09	30,81
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	8.047	4,06	9.028	4,34	12,19
Salud Total	10.052	5,08	8.695	4,18	-13,50
Compáta	5.989	3,03	7.563	3,64	26,28
Fuerzas militares y de policía	5.352	2,70	7.291	3,51	36,23
Emsanar	5.781	2,92	7.250	3,49	25,41
Coosalud EPS	4.701	2,37	5.531	2,66	17,66
Saludvida	5.705	2,88	5.464	2,63	-4,22
Servicio Occidental de Salud S.O.S	4.730	2,39	5.362	2,58	13,36

Si se realiza un análisis completo de la situación de las tutelas referente al derecho fundamental de la salud, los regímenes de excepción están ubicados en el segundo renglón de la lista solo siendo superados por las EPS. Dentro de este campo el 97,57% de las tutelas fueron dirigidas en contra de los Servicios de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional, presentado un argumento conjunto de 36,27% con relación a 2017. **2021**

Tabla 26. Tutelas en salud contra entidades de régimen especial (periodo 2017-2018)

Entidades de régimen especial	2017		2018		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Fuerzas militares y de policía	5.352	98,96	7.293	97,57	36,27
Ecopetrol	56	1,04	94	1,26	67,86
Fondo de Previsión del Magisterio*			88	1,18	-
<b>Total</b>	<b>5.408</b>	<b>100,00</b>	<b>7.475</b>	<b>100,00</b>	<b>38,22</b>

\*No se incluyen las tutelas dirigidas contra IPS que prestan servicio al Magisterio.  
Fuente: Corte Constitucional  
Cálculos: Defensoría del Pueblo

Sobre las tutelas en los regímenes especiales se observa un incremento progresivo con respecto al tiempo, generando una alerta constante hacia el Gobierno nacional junto con una invitación tácita de intervenir para mejorar la situación de más de un millón doscientas mil personas (1'200.000) pertenecientes a este régimen.

En base al Informe de Gestión de las Fuerzas Militares para el año 2018 se realiza un análisis de oportunidad de los servicios prestados junto con su promedio anual (informe de 4 trimestres) medido en días y la meta establecida según la Dirección de sanidad:

FUERZA	2019	2020	2021
<b>DIGSA</b>	2.447	1.623	2.502 ↑
<b>EJC</b>	7.299	1.607	3.981 ↓
<b>ARC</b>	265	369	573 ↑
<b>FAC</b>	119	123	196 ↑
<b>TOTAL</b>	10.130	3.722	7.252 ↓



Análisis de oportunidad de los servicios			
Servicio	Promedio anual	Meta	Cumplimiento
Oportunidad de asignación de citas en consulta médica general	5,36 días	Menos de 3 días	No, 2,36 días más de espera.
Oportunidad en asignación de citas en consulta de odontología general	4,9 días	Menos de 3 días	No, 1,9 días más de espera.
Oportunidad de asignación de citas en consulta de medicina interna en el	17,2 días	Menos de 3 días	No, 14,2 días más de espera.
Oportunidad de asignación de citas en consulta de ginecología	9,62 días	5 días	No, 4,62 días más de espera.
Oportunidad de asignación de citas en consulta de pediatría	15,15 días	5 días	No, 10,15 días más de espera.

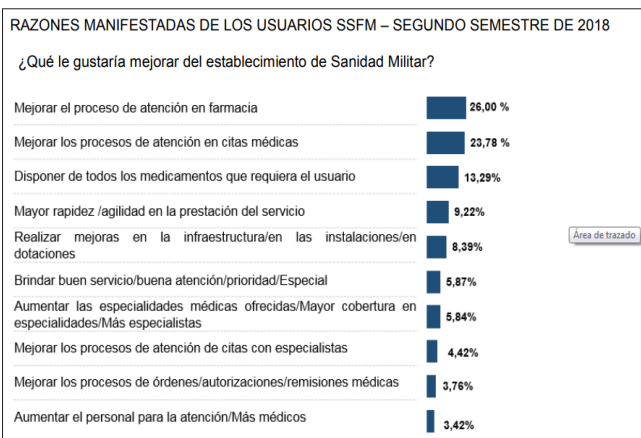
Fuente: Cálculo de los autores.

De acuerdo a esto, los servicios que fueron auditados presentan un desfase variable entre la meta esperada y la realidad. En promedio una persona que requiera una consulta médica general, consulta odontológica o medicina interna tarda entre 5,36 a 17,2 días en recibir la asignación de cita, si se tiene en cuenta que la meta para el 2018



era obtener este tipo de citas médicas en menos de 3 días, el promedio de desvío es de casi 6 días de la meta esperada destacando el dato de 14,2 días de atraso promedio para las citas de medicina interna.

Por su parte, una persona que requiera una consulta en ginecología o pediatría estará sujeto a una demora entre 9,62 y 15,15 días para ser agendado y programado con un médico. Si analizamos con respecto a la meta propuesta para 2018 de obtener estos servicios en 5 días, se encuentra un desvío en citas médicas de esta categoría de más de 7 días en promedio.



Se puede observar en un barrido poblacional hecho por el Informe de Gestión de las Fuerzas para el año 2018, el tipo de elección de los usuarios cuando se les pregunta sobre el mejoramiento del Sistema de Salud al cual ellos pertenecen. Juntando algunas de las más mencionadas y que puede tener relación se encuentran oportunidad y eficiencia en la atención, acceso a las existencias de medicamento y rapidez en el servicio.

El Decreto número 057 de 2015 que buscó reformar el artículo 14 del Decreto número 1703 de 2002, nace como consecuencia de la multifiliación en el Sistema de Seguridad Social en Salud y de esta forma dirige las disposiciones para el reintegro de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación. Esto llevó a que cuando se trate usuarios dentro del Régimen de Excepciones del Sistema de Seguridad Social (acorde al principio de la Ley 100 que manifiesta que el núcleo familiar debe estar en el mismo Sistema de Cotización) los cónyuges o compañeros permanentes que coticen al sistema y que tengan capacidad de pago, puedan vincularse al Sistema de Seguridad Social del Régimen de Excepción donde se encuentre su cónyuge o compañero permanente; su cotización se realizará al ADRES.

Para el caso del Sistema de Seguridad Social en Salud de la Fuerza Pública esta afiliación por parte del cónyuge no es aprobada actualmente, por ende, se genera una falta al principio de la Seguridad Social en la Ley 100 de 1993. Así las cosas, el Sistema de las FF. MM. podría contribuir aún más con los recursos con destinación ADRES, para este caso la afiliación de los cónyuges o compañeros permanentes como usuarios y no como beneficiarios generaría un mayor recaudo. Este proceso facilitaría

la tramitología en tiempos y esfuerzos de la afiliación de los beneficiarios, evitando así el fenómeno de desafiliación friccional causado por empleos esporádicos.

La necesidad de la reestructuración del Sistema de Salud de la Fuerza Pública permite generar una revisión de la metodología por la cual se calcula el UPC de este Régimen Especial. Según la Ley 352 de 1997 “La diferencia entre el valor del Presupuesto Per cápita para el Sector Defensa (PPCD) y la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993 correspondiente al régimen **contributivo (tasa del 25%)**, se destina para ayudar a financiar los servicios de salud de los afiliados cotizantes y sus beneficiarios, mediante una única cuota anual”. Para este caso se establece que el incremento al Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD) en ningún caso superará el treinta por ciento (30%) de la Unidad de pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del Régimen de la Ley 100 de 1993.

Según esto el **VENTICINCO POR CIENTO (25%)** que se viene otorgando de manera adicional por parte del Gobierno nacional a la UPC para financiar la prestación de los servicios de salud actualmente es insuficiente. Los cambios en el análisis del perfil epidemiológico de la población relevante, el análisis de la atención en salud, la verificación de los factores de riesgo en la prestación de los servicios, el comportamiento de crecimiento en los usuarios y la demanda en la prestación de los servicios de salud a nivel nacional generan distorsiones a las proyecciones hechas para los valores actuales del UPC.

La UPC diferencial de carácter operacional se hace necesaria teniendo en cuenta los problemas del servicio en momentos donde producto de una operación militar, combates o situaciones connaturales de la guerra, la prestación del servicio de salud se torna complicada y afloran restricciones de todo tipo para la atención de los combatientes. Esta metodología de UPC operacional debe ir ajustada anualmente con base en la adquisición progresiva de datos de utilización.

Estos temas en conjunto han sido tratados por personas pertenecientes y afectadas directamente por esta problemática, de la mano de ellos se ha podido generar un análisis más profundo y detallado acerca de las verdaderas falencias del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía, junto con la posibilidad y las mejores alternativas para su mejoramiento.

Dentro de este proceso analítico se encuentran inmersas un amplio número de Mesas de Trabajo **POR PARTE DE la RED NACIONAL DE VEEDURÍAS PARA LA SALUD MILITAR Y POLICÍA** los diferentes grupos de la Fuerza Pública cobijados por este Sistema y que se han hecho participes voluntariamente para ayudar en la

construcción de un mejor Sistema de Salud. Ha sido primordial para el **honorable Representante Carlos Eduardo Acosta Lozano** trabajar de la mano de todas las personas integrantes de estas Mesas, como por ejemplo el **TENIENTE CORONEL(RA) JOSÉ V. URBINA SÁNCHEZ**, como Presidente de la Red Nacional de Veedurías de Salud MP, y de la Veeduría de Salud MP de Antioquia **VESMILPOLANT**, el señor Jefe Técnico (RA) **JAIRO MORSQUERA** Como Representante de los Suboficiales RA Ante el CSSMP y Presidente de la Asociación de Usuarios de la Salud Militar **MILSALUDMED, SP (r) FRANCISCO LOPERA RAMÍREZ**, PRESIDENTE DE LA VEEDURÍA CIUDADANA SANIDAD MILITAR REGIÓN CARIBE y **EL DOCTOR LINDON J. GAMBOA, QUIENES LIDERARON ESTA INICIATIVA DESDE EL AÑO 2017 HASTA SU RADICACIÓN FINAL.**

Los puntos a tratar dentro de este proyecto de ley se han basado en la experiencia de los últimos 7 años continuos, vinculados directamente como usuarios del servicio de salud MP, a través de una Asociación de Usuarios de la salud MP, más adelante dentro de las veedurías ciudadanas de la salud y recientemente bajo la creación de la Red Nacional de Veedurías de la Salud MP.

A partir de esta experiencia se pudo analizar que los factores críticos del SSFMP son:

- Estructura organizacional inadecuada.
- Deficiencia de un modelo de atención en salud para el SSFM.
- Coberturas e indicadores de salud deficientes.
- Rol y desempeño del Hospital Militar Central.
- Ineficiencias operacionales (desde lo asistencial) en la prestación de servicios.
- Tendencia a un desequilibrio financiero para el aseguramiento del plan de beneficios.
- Ausencia de un Sistema de Información de Sanidad Militar.

Para caracterizar las principales problemáticas se realizó un esquema con las principales causas del mal funcionamiento del Sistema.

ÁREA	PROBLEMÁTICAS
Para los usuarios del SSMP y el Modelo de Aseguramiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No existe un modelo de aseguramiento unificado en el SSMP.</li> <li>▪ Las evidencias del seguimiento y evaluación que se realiza sobre las comunicaciones entre los usuarios afiliados al SSMP se encuentran orientadas a peticiones, quejas y reclamos.</li> <li>▪ La información de la caracterización de la población afiliada presenta inconvenientes, es inexistente por falta de gobernabilidad y calidad que dificultan la labor de planeación de la atención en salud.</li> <li>▪ No se cuenta con mecanismos de racionalización y gestión de riesgo en la prestación del servicio.</li> </ul>

ÁREA	PROBLEMÁTICAS
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No se identificaron mecanismos de concientización en las entidades aportantes respecto del impacto en el proceso de afiliación y recaudo.</li> </ul>
El Modelo de Atención no corresponde a la realidad actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No existe un modelo de atención unificado en el SSMP.</li> <li>▪ En el SSFM el modelo de atención no está orientado a la atención de los usuarios y sus familias.</li> <li>▪ El indicador de satisfacción del usuario del SSMP en las vigencias 2013 a 2018, es más bajo respecto cada año anterior.</li> <li>▪ No se evidencia una estrategia de atención centralizada en el SSMP orientada a gestionar el riesgo y dar seguridad al paciente.</li> <li>▪ Riesgo de alto impacto para el SSMP relacionado con la calidad en la prestación de los servicios de salud y la seguridad del paciente. Igual a deterioro de la salud de usuarios en el sistema.</li> <li>▪ El SSMP no cuenta con la información, ni habilitadores que les permitan identificar y gestionar la demanda insatisfecha real. Es un desastre y pérdida superior.</li> </ul>
Modelo de Operación	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Operación altamente compleja, con poca estandarización de procesos e integración de sistemas de información.</li> <li>▪ No existen procesos estandarizados ni sistemas de información transversales al interior del SSMP.</li> <li>▪ Poca integración Funcional.</li> <li>▪ No existen procesos que habiliten la integración funcional de cara al usuario del Sistema.</li> </ul>

Ahora bien, presentamos los conceptos emitidos por el Ministerio de Hacienda debido al impacto fiscal que genera el mismo mediante concepto técnico del 15 de marzo de 2023 *“Particularmente, el artículo 39 de la iniciativa establece que el valor del Presupuesto Per Cápita para los usuarios afiliados al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares Sector Defensa (PPCD) del SSMP será equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incrementada en un treinta por ciento. Esto implicaría un incremento adicional del 5% para la PPCD, respecto a lo autorizado por la normativa vigente, lo cual evidencia recursos adicionales por \$31.470 millones para la Sanidad de la Policía Nacional y \$36.037 millones para la Sanidad de las Fuerzas Militares. los incrementos propuestos. Así las cosas, esta propuesta generaría un impacto adicional de \$217.762 millones, tal como se detalla a continuación:*



Cifras en millones de pesos (\$)

CONCEPTOS	PONAL			SANIDAD MILITAR			TOTAL FUERZA PÚBLICA
	Actual	PL	Recursos Adicionales	Actual	PL	Recursos Adicionales	Recursos Adicionales
Incremento ATEP	\$111.246	\$185.411	-\$74.164	\$114.136	\$190.227	-\$76.091	-\$150.255
Incremento PPCD	\$186.671	\$218.141	-\$31.470	\$287.053	\$323.090	-\$36.037	-\$67.507
<b>TOTAL</b>	<b>\$297.918</b>	<b>\$403.552</b>	<b>-\$105.634</b>	<b>\$401.189</b>	<b>\$513.317</b>	<b>-\$112.128</b>	<b>-\$217.762</b>

Igualmente, la iniciativa establece otras propuestas que podrían generar costos adicionales, los cuales son de momento incuantificables, dado que no se cuenta con información suficiente para su estimación, tales como las contenidas en los artículos: 9 (parágrafo 5) (reconocimiento del valor de los pasajes, estadías y alimentación); 36 (articulación y cobertura de planes complementarios en salud al Plan General de Sanidad Militar y de la Policía Nacional); 38 (Los activos de la Fuerza Pública que se encuentren en misionalidad de campaña recibirán un mayor valor de la UPC del 40%); 54 (literal h) (ingresos provenientes de la ejecución de convenios interadministrativos celebrados con otras entidades públicas y con las Fuerzas Militares y la Policía Nacional); y, 56 (régimen de estímulos).

En lo que respecta a la propuesta del artículo 38 que, señala que los activos de la Fuerza Pública que se encuentren en misionalidad de campaña recibirán un mayor valor de la UPC del 40%, es necesario que la iniciativa aclare y precise la población objetivo, ya que, una vez consultado con la Fuerza Pública, este término no identifica una población puntual dentro del personal uniformado en las Fuerzas Militares o en la Policía Nacional.

Por su lado, el artículo 44, literal d), que refiere como “otros ingresos” los correspondientes a recaudos por rendimientos y excedentes financieros, es preciso señalar que de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1068 de 2015, los “excedentes financieros”, corresponden a un concepto patri-monial el cual deriva en un ingreso para los Establecimientos Públicos del Orden Nacional (EPN) y las Empresas Industriales y Comerciales del Estado (EICE, no societarias), por lo tanto, al no ser recursos de EPN o EICE no generan excedentes financieros.

En lo que respecta a la iniciativa en general, el artículo 150-19 (Literal e) de la Constitución Política, dispone lo siguiente:

**“Artículo 150.** Corresponde al Congreso hacer las leyes. Por medio de ellas ejerce las siguientes funciones:

(...)

19. Dictar las normas generales, y señalar en ellas los objetivos y criterios a los cuales debe sujetarse el Gobierno para los siguientes efectos:

(...)

e) Fijar el régimen salarial y prestacional de los empleados públicos, de los miembros del Congreso Nacional y la Fuerza Pública;

(...)”.

Respecto de esta competencia, la Corte Constitucional ha manifestado que la misma es compartida entre el legislador y el Ejecutivo, siendo del resorte del Congreso establecer una regulación general con lineamientos que circunscriban al Ejecutivo su reglamentación. Específicamente, en Sentencia C-510 de 1999, la alta Corte expresó lo siguiente, haciendo alusión a lo que la doctrina y esa Corporación denominan leyes marco:

“...3.2. En relación con la determinación del régimen salarial y prestacional de los empleados públicos, a diferencia de lo que acontecía en vigencia de la Constitución de 1886, en donde el Congreso era quien señalaba la escala de remuneración de los distintos empleos, hoy, el legislador debe simplemente fijar los principios y los parámetros que el Gobierno ha de tener en cuenta para establecer no sólo la escala de remuneración sino los demás elementos que son propios de un régimen salarial y prestacional.

En estos términos, corresponde al **Gobierno nacional establecer directamente los salarios y prestaciones sociales de todos los empleados públicos**, de los miembros del Congreso y de la Fuerza Pública, con fundamento en los criterios que para el efecto señale el **legislador** en la ley general que está obligado a expedir. Principios, parámetros y objetivos que el Congreso fijó en la Ley 4ª de 1992...”. (Negrilla fuera de texto).

Dicho lo anterior, este Ministerio encuentra que la iniciativa bajo estudio podría resultar contraria a lo dispuesto en el artículo 150-19 (Literal e) de la Carta Política, teniendo en cuenta que al tratarse de una ley marco tendría que limitarse a regular la materia de manera general y abstracta sin abarcar la competencia del Gobierno nacional en lo correspondiente a fijar de manera específica y concreta el régimen salarial y prestacional de las Fuerzas Militares.

De otro lado, el artículo 154 de la Carta Política, consagra:

**“Artículo 154.** Las leyes pueden tener origen en cualquiera de las Cámaras a propuesta de sus respectivos miembros, del Gobierno nacional, de las entidades señaladas en el artículo 156, o por iniciativa popular en los casos previstos en la Constitución.

No obstante, solo podrán ser dictadas o reformadas por iniciativa del Gobierno las leyes a que se refieren los numerales 3, 7, 9, 11 y 22 y los literales a, b y **e, del numeral 19 del artículo 150**; las que ordenen participaciones en las rentas nacionales o transferencias de las mismas; las

que autoricen aportes o suscripciones del Estado a empresas industriales o comerciales y las que decreten exenciones de impuestos, contribuciones o tasas nacionales” (Negrilla y subrayas fuera de texto).

Según reza el artículo transcrito, cuando se busque legislar sobre los asuntos que refiere esta disposición, dentro de las cuales se encuentra el régimen salarial y prestacional de los miembros de la Fuerza Pública, **la iniciativa para hacerlo es exclusiva del Gobierno nacional**. De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Constitucional este artículo implica que los proyectos de ley que tengan dicho propósito deberán ser de iniciativa de éste o contar con su aval, de lo contrario será inconstitucional. Así, por ejemplo, lo reiteró la alta Corte en Sentencia C-558 de 2019, a saber:

“(…)

De conformidad con estas normas superiores, la cláusula general de competencia legislativa reside, prima facie, en el Congreso, esto es, la competencia general para regular en principio todas las materias del ordenamiento jurídico, cuya determinación no haya sido atribuida por el propio constituyente a otra rama u órgano, incluso si esos temas no están comprendidos taxativamente dentro de las funciones que le han sido asignadas expresamente en el artículo 150 del Texto Superior. Así, este mandato constitucional debe interpretarse sistemáticamente con el artículo 114 CP, en el que se establece que le compete al Congreso “hacer las leyes”<sup>2</sup>.

No obstante, como lo dispone la Carta y lo ha reiterado este Tribunal, esta facultad general encuentra en el propio ordenamiento superior algunas excepciones, ya que existen disposiciones constitucionales que determinan límites a la autonomía legislativa sobre determinados temas, “como ocurre, por ejemplo, (a) cuando se sujeta el inicio del procedimiento o íter legislativo a la actuación de otro órgano<sup>3</sup>, o (b) cuando por decisión de la propia Carta la regulación de un asunto determinado se asigna a otra rama del poder público<sup>4</sup>”<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> Sentencia C-031 de 2017.

<sup>3</sup> Tal es el caso de la constitución de un monopolio como arbitrio rentístico, ya que, si bien en el artículo 336 del Texto Superior se sujeta su consagración a la existencia de una ley, para poder proceder al inicio de la actividad de creación normativa, en esa misma disposición se señala que es indispensable contar con “iniciativa gubernamental”.

<sup>4</sup> Además de los ejemplos previamente expuestos, una hipótesis sobre la materia también se encuentra en la distribución de la competencia regulatoria que opera a través de la modalidad de las leyes marco. Precisamente, frente a los temas objeto de dicha regulación, como se destacó en la Sentencia C-432 de 2004, M. P. Rodrigo Escobar Gil, al Congreso de la República tan solo le compete fijar las normas generales u objetivos básicos de actuación del Gobierno nacional, pues a este último es a quien le corresponde la obligación de expedir las normas concretas que se aplican en cada una de las áreas objeto de desarrollo.

<sup>5</sup> Sentencia C-031 de 2017.

(…)

Así, respecto de ciertas materias la Constitución le otorga al Gobierno nacional una competencia exclusiva y privativa. Se trata de una atribución exclusiva, en la medida en que se prescinde de la intervención de cualquier otra autoridad para su ejercicio; y es privativa, pues tan sólo admite que su regulación se produzca por iniciativa del ejecutivo.

Por esta razón, con sujeción a lo dispuesto en el artículo 154 CP y la Ley 5ª de 1992, la Corte ha señalado que el principal efecto de estas disposiciones es impedir que se legisle sobre las materias de la privativa y exclusiva iniciativa del Gobierno nacional, sin su consentimiento, y que esta se expresa tanto con la presentación del proyecto de ley, como con la coadyuvancia o aval a proyectos de ley que cursen en el Congreso<sup>6</sup>.

(…)

En consecuencia, esta Corporación ha concluido que el desconocimiento del mandato constitucional –artículo 154 CP– respecto del carácter privativo y excluyente de la iniciativa gubernamental, en las materias que allí se consagran, conduce necesariamente a la inexecutablez del mismo<sup>7</sup>.

(…)”.

Así las cosas, el Proyecto de ley bajo estudio podría encontrarse viciado de inconstitucional en la medida que está legislando sobre el régimen salarial y prestacional de los miembros de la Fuerza Pública, asunto que es de competencia exclusiva y privativa del Ejecutivo y no cuenta con el aval del Gobierno nacional, representado por este Ministerio en materia fiscal y presupuestal.

Por último, es importante resaltar la necesidad de dar cumplimiento al artículo 7º de la Ley 819 de 2003, en virtud del cual se establece que todo proyecto de ley debe hacer explícita su compatibilidad con el Marco Fiscal de Mediano Plazo y debe incluir expresamente en la exposición de motivos y en las ponencias de trámite respectivas, los costos fiscales de la iniciativa y la fuente de ingreso adicional generada para el respectivo financiamiento. Para este Ministerio es claro que la iniciativa generaría costos fiscales que no se encuentran previstos en el Marco Fiscal de Mediano Plazo (MFMP), ni en el Marco de Gasto del Sector.

Por lo expuesto, este Ministerio se abstiene de emitir concepto favorable al proyecto de ley bajo estudio y manifiesta la disposición de colaborar con la actividad legislativa”.

Ahora bien, el Ministerio de Salud y de la Protección Social emitió concepto de fecha 15 de febrero de 2023.

**“Asunto: Concepto sobre el Proyecto de ley número 265 de 2022 (Cámara), por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para**



las Fuerzas Militares y la Policía Nacional [y] se dictan otras disposiciones.

Cordial saludo,

Teniendo en cuenta que la iniciativa de la referencia está pendiente de surtir debate en esa Corporación, con fundamento en el texto publicado en la **Gaceta del Congreso** número 1418 de 2022, se emite concepto institucional desde la perspectiva del Sector Salud y Protección Social. Lo anterior, en ejercicio de las competencias constitucionales y legales 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, y sin perjuicio de las consideraciones que realice el Ministerio de Defensa Nacional, de conformidad con el siguiente orden:

## 1. CONTENIDO

La propuesta busca garantizar el buen funcionamiento del Sistema de Seguridad Social que acoge a las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, miembros administrativos, sus usuarios y beneficiarios, atendiendo los principios de atención de calidad, oportunidad y eficiencia junto con aspectos en prevención, protección y rehabilitación. Se reorganiza su estructura administrativa junto con sus funciones e integrantes, así como también se prioriza la atención médica de los afiliados favoreciendo el derecho fundamental de la salud y el núcleo familiar, a su vez brinda una estructura que permita el efectivo goce del derecho fundamental, armonizado con la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

El proyecto de ley se compone de 68 artículos y seis (6) Títulos, a saber:

- 1.1. El Título I, denominado “del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional” (artículos 1° a 30), regula la composición y principios, institucionalidad, especificación de la regulación de cada subsistema, y la indicación del modelo de aseguramiento.
- 1.2. El Título II, regula lo relativo a los afiliados y beneficiarios y sus derechos (artículos 31 a 36). El Título III, se detiene en la financiación y administración del Sistema (artículos 37 a 46).
- 1.3. El Título IV, contempla la regulación específica asociada con el Hospital Militar Central (artículos 47 a 57).
- 1.4. El Título V, regula el modelo de atención en salud y sus componentes (artículos 58 a 61). Finalmente, el Título VI culmina con las normas de control y vigilancia e historias clínicas.

## 2. CONSIDERACIONES

- 2.1. La regulación del régimen de Fuerzas Militares y de Policía

Acorde con su especialidad y riesgo, el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 exceptuó de la aplicación

del régimen creado entonces a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, al personal regido por el Decreto ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de dicha ley.

De esta manera, el numeral 6 del artículo 248 de la mencionada ley facultó al Gobierno nacional para que, en el término de 6 meses, contados a partir de la fecha de la presente ley, organice el sistema de salud de las Fuerzas Militares y de Policía y al personal regido por el Decreto ley 1214 de 1990, en lo atinente a:

- a) Organización estructural;
- b) Niveles de atención médica y grados de complejidad;
- c) Organización funcional;
- d) Régimen que incluya normas científicas y administrativas;
- e) Régimen de prestación de servicios de salud.

Esta facultad fue desarrollada mediante el Decreto número 1301 de 1994 que reguló el sistema de salud excepcional.

Posteriormente, a través de la Ley 352 de 1997 se reestructuró dicho sistema de salud, el cual fue modificado por el Decreto ley 1795 de 2000 y que fue declarado inexecutable en ciertos apartes por extralimitación de la facultadas otorgadas mediante la Ley 578 de 2000. Sobre el particular, la Corte Constitucional precisó:

[...] Verificado que las normas acusadas o parcialmente acusadas pertenecientes al Decreto Extraordinario número 1795 de 2000 modifican, adicionan o derogan la Ley 352 de 1997, sin que el Presidente de la República tuviera expresas facultades para ello, serán declaradas inexecutables por extralimitación en el ejercicio de las aludidas facultades.

Ahora bien, en algunas ocasiones las expresiones acusadas carecen de alcance regulante propio y aisladas del texto en el cual están consignadas privan a dicho texto de sentido lógico. En tales casos se retirarán del ordenamiento las proposiciones jurídicas completas que dichas expresiones conforman con el resto del texto al que pertenecen [...]¹.

En este sentido, se preserva el esquema de funcionamiento contenido en la Ley 352 de 1997.

Como otro hecho de relevancia, es preciso destacar que la Ley 1751 de 2015, estatutaria del derecho fundamental a la salud, regula los elementos esenciales al derecho y, por lo tanto, aplicables a todo residente en el territorio nacional, sin excepción alguna.

Particularmente en el Capítulo I relativo al objeto, elementos esenciales, principios, derechos y deberes, aplicable a todos los regímenes y

¹ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-479 de 10 de junio de 2003, M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra.



sistemas que se establezcan (artículo 3°) así como en lo relativo a la política pública en salud (artículo 20), resulta de especial interés pues el sistema especial de salud deberá contemplar esta serie de elementos básicos que caracterizan este derecho fundamental y, por ello, estos comentarios se remitirán permanentemente a esa norma como un referente obligado (artículo 3° *Ibíd.*).

La Corte Constitucional ha revisado, en varias ocasiones, por vía de acción de tutela principalmente, los alcances y características de este régimen. De dicho análisis se pueden extraer aspectos tales como:

- El Sistema excepcional de salud tiene los siguientes límites en su regulación:
- Que los derechos en salud contengan beneficios y condiciones superiores a los que rigen para los demás afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la dicha ley y, a su vez,
- En ningún caso, consagren un tratamiento discriminatorio o menos favorable al que se otorga a los afiliados al sistema integral general<sup>2</sup>.
- En cuanto a la composición del Consejo, la Corte Constitucional consideró que la misma era adecuada, no obstante que la participación de los usuarios es menor que la institucional<sup>3</sup>.
- La cobertura debe ser en todo el territorio nacional<sup>4</sup>.
- La desafiliación debe respetar el debido proceso<sup>5</sup>.
- La continuidad en la afiliación de un beneficiario que fue desvinculado por cumplimiento de la edad y que sufría una enfermedad grave, Lupus Eritematoso Sistémico (LES)<sup>6</sup>, o de los padres del afiliado por matrimonio o unión<sup>7</sup> e incluyendo la afiliación de nietos<sup>8</sup>.
- Atención a exsoldado con ocasión de lesiones o afecciones adquiridas durante la

prestación del servicio<sup>9</sup>, y en general con quienes prestan el servicio militar<sup>10</sup>.

- Teniendo en cuenta que la salud es un derecho fundamental, ordenó amparar los derechos de un pensionado de las Fuerzas Militares que requería unos medicamentos por fuera del entonces POS de las Fuerzas Militares y el servicio de transporte para controles. Consideró que no existía otro medicamento que supliera dentro del POS que supliera su necesidad con efectividad, el mismo fue ordenado por el médico tratante y carecía de recursos<sup>11</sup>.
- Continuidad en la atención a pesar de que el cotizante la desafilió cuando se demuestra que la persona no tiene capacidad económica<sup>12</sup>.

Se estableció la prohibición de afiliación al subsistema y al régimen general sin afectar la continuidad<sup>13</sup>.

A este respecto, es necesario considerar que a la luz de la Ley Estatutaria en Salud – Ley 1751 de 2015, se incorpora todo régimen de salud, incluyendo a los excepcionales. La categoría de una Ley Estatutaria en el ordenamiento jurídico es vinculante para toda la población y residentes, en atención a su nivel constitucional. Es relevante, diferenciar que, si bien es cierto que este sistema de salud de las FM y PM, no hace parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), sí hace parte del Sistema de Salud (como se denomina el sistema en la Ley 1751 de 2015). Por tanto, no se plantea como argumento para rechazar la “inclusión del principio de subsidiaridad y complementariedad”, que si bien, evidentemente fue planteado en un escenario anterior, es menester revisar.

De otra parte y como comentario general, en relación con los artículos 7° a 28, que aluden a la institucionalidad en materia de salud tanto para las Fuerzas Militares como para la Policía, de acuerdo con lo indicado por la Corte Constitucional, constituye una de las clases de modificación de la estructura de la administración nacional, en los términos de los artículos 154 y 150, numeral 7, de la Constitución Política, para lo cual es necesaria la iniciativa gubernamental.

Se corrobora lo anterior con el siguiente pronunciamiento de la Alta Corporación<sup>14</sup>:

<sup>2</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-644 de 2014, M. P. Nilson Pinilla. Se retoma lo indicado en la Sentencia T-210 de 2013.

<sup>3</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-089 de 1998, M. P. José Hernández.

<sup>4</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-320 de 2013, M. P. Luis Guerrero.

<sup>5</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-210 de 2013, M. P. Gabriel Mendoza.

<sup>6</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-564 de 2010, M. P. María Victoria Calle. Así mismo, en la Sentencia T-299 de 2019.

<sup>7</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-660 de 2008, M. P. Humberto Sierra.

<sup>8</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-590 de 2016, M. P. Luis Guerrero.

<sup>9</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-195 de 2016, M. P. Gabriel Mendoza. Igualmente, Sentencia T-654 de 2006, T-408 de 2008, T-237 de 2010, T-258 de 2019.

<sup>10</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-287 de 2019, M. P. Diana Fajardo. Ver, Sentencia T-507 de 2015.

<sup>11</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-440 de 2012, M. P. Nilson Pinilla.

<sup>12</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-210 de 2013, M. P. Gabriel Mendoza.

<sup>13</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia T-296 de 2016, M. P. Alejandro Linares.

<sup>14</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-110 de 2019, M. P. Alejandro Linares Cantillo.

35. En síntesis, la jurisprudencia ha reconocido que la competencia para fijar la estructura de la administración nacional (i) comprende su dimensión estática, esto es, aquella que tiene vocación de permanencia; (ii) no se agota en la posibilidad de crear entidades públicas y, en consecuencia, se extiende (iii) a la definición de sus objetivos, funciones generales y modo de relacionamiento con otros órganos; e igualmente abarca (iv) la regulación de aquellas materias relacionadas con el régimen jurídico que se le aplica a sus servidores, las formas de vinculación y aquellas materias de naturaleza presupuestal y tributaria.

Materias comprendidas por la competencia de determinar la estructura de la administración nacional	Sentencia
Creación, supresión o fusión de una entidad pública del orden nacional	C-299/94, C-648/97, C-482/02, C-078/03, C-121/03, C-869/03, C-570/04, C-784/04, C-856/06, C-663/13 y C-031/17
Estructura orgánica de las entidades y organismos	C-209/97, C-121/03 y C-869/03
Creación de un Consejo Nacional de Acreditación que por su integración y funciones modifican en algún grado la estructura de la administración	C-307/13
Definición de las tipologías de entidades y organismos y sus interrelaciones respectivas	C-784/04
Objetivos y funciones generales de la entidad u organismo	C-299/94, C-209/97, C-121/03, C-869/03 y C-784/04
Vinculación con otros organismos para fines del control	C-121/03 y C-784/04
Régimen jurídico de los trabajadores, con la contratación y con las materias de índole presupuestal y tributario	C-299/94, C-209/97, C-121/03 y C-784/04
Características de los órganos creados	C-1162/00, C-078/03 y C-784/04
Ubicación de los organismos en el conjunto de la administración	C-078/03 y C-784/04

A este respecto, debe tenerse en cuenta que, si bien preexistía el Consejo, en un caso muy similar, la Corte Constitucional declaró **FUNDADAS** las objeciones gubernamentales a un proyecto de ley que confería funciones adicionales de inspección y vigilancia al Consejo Profesional Nacional de Ingeniería, en donde concluyó el Alto Tribunal:

[...] Como quiera que del acervo que reposa en el expediente legislativo y de las mismas manifestaciones hechas por las cámaras legislativas al insistir en ella constitucionalidad del proyecto de ley se desprende que el mismo no contó con la iniciativa o aquiescencia del Ejecutivo, ha de concluirse que las mismas están afectadas de inconstitucionalidad y por ello deben declararse fundadas las objeciones del Ejecutivo.

Por las mismas razones prosperan las objeciones contra los artículos 26, 27, 28 y 80 también objetados que se refieren al patrimonio y rentas del Consejo Profesional Nacional de Ingeniería, su integración y funciones específicas, y a las funciones de inspección y vigilancia del ejercicio profesional de

las ingenierías pesquera, agrícola, agronómica y forestal y de sus respectivas profesiones auxiliares [...] <sup>15</sup>.

Las disposiciones constitucionales destacadas y la jurisprudencia en cita, desarrollan un criterio de especialidad en la gestión pública que el propio Ejecutivo conoce y debe desplegar. Por tanto, cuando el Congreso de la República propone funciones esencialmente diferentes a su naturaleza a un Consejo, debe contar con el aval gubernamental, por lo que se considera importante revisar este tema con el Ministerio de Defensa Nacional. Igual comentario debe realizarse frente a los ajustes propuestos para el Hospital Militar Central (artículos 47 a 55 del proyecto). Aunque resulta importante realizar un ajuste a este sistema excepcional, es necesario tener presente lo manifestado.

## 2.2. Comentarios específicos

Frente al articulado que ahora nos ocupa, se efectúan los siguientes comentarios:

### 2.2.1. Sobre el epígrafe:

“por la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, se dictan otras disposiciones en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional [y] se dictan otras disposiciones”.

**Comentario.** Ajustar la redacción, pues, hay redundancia al nombrar dos veces: “se dictan otras disposiciones”. Se recomienda: “por la cual se reestructura el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública en materia de seguridad social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones”.

### 2.2.2. Sobre el artículo 1°:

**Artículo 1°. Composición del Sistema.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), el Subsistema de Salud de Las Fuerzas Militares (SSFM) el subsistema de salud de la Policía Nacional (SSPN), el Comité de Salud de cada subsistema, los afiliados activos, retirados, pensionados del sistema y sus beneficiarios.

**Comentario.** Se propone que el artículo 1° sea el artículo 2°. El 1° debe corresponder al objeto, y en segundo orden la descripción de la composición del Sistema de Salud para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

### 2.2.3. Sobre el artículo 2°:

**Artículo 2°. Objeto.** El objeto del SSMP es garantizar a sus afiliados y beneficiarios, el respeto, acceso y disfrute del derecho fundamental a la salud, mediante la prestación del servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación así como el servicio de sanidad inherente a las

<sup>15</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-078 de 2003, M. P. Clara Inés Vargas Hernández. Se resalta.



*Operaciones Militares y del Servicio de la Policía Nacional, como parte de su logística y brindar la provisión de servicios de salud asistencial, dentro del marco de un Modelo de Atención en Salud contemplado en la ley.*

**Comentario.** Es dable ajustar la redacción, pues si bien, en el primer artículo se describieron las siglas, por técnica jurídica se recomienda que en todo el proyecto de ley no se usen las siglas solas, sino acompañadas de su significado. Así mismo, cambiar la palabra “áreas” por la palabra “fases”, que resulta más acorde con los términos promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.

Además de facilitar la lectura, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, son fases, no áreas.

#### 2.2.4. Sobre el artículo 4°:

**Artículo 4°. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y humanizada, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Ministerio de Defensa, adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, su prestación como servicio público esencial obligatorio y como derecho fundamental, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

**Comentario.** Ajustar el nombre del artículo ya que el alcance del mismo no puede ser el definir la “naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud”, sino, al parecer es presentar la naturaleza y contenido del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP). Se propone retomar la redacción de la que se tenía en el primer proyecto en donde se expone claramente la **naturaleza** del Sistema, y así dar consistencia conforme al artículo 279 de la Ley 100 de 1993.

En consecuencia, se recomienda el siguiente texto:

**Artículo 4°. Naturaleza y contenido.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) es un régimen en salud exceptuado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de administrar, coordinar y desarrollar las actividades que permitan garantizar el derecho fundamental a la salud, la promoción y mantenimiento de la salud y la provisión de servicios de salud a los afiliados al mismo, en los términos que establezca la presente ley. El Ministerio de Defensa, adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades

*de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.*

Adicionalmente, en relación con la naturaleza de este derecho, no se debe desconocer el alcance rindado por la Corte Constitucional en la sentencia alusiva a la ahora Ley Estatutaria:

[...] Finalmente, por lo que concierne a la caracterización del derecho, encuentra la Sala que los atributos estipulados por el legislador no agotan los que se puedan predicar de la salud como derecho fundamental. Así, por ejemplo, en la observación 14 del comité de derechos económicos, sociales y culturales, se ha connotado al derecho a la salud como derecho inclusivo, con lo cual se abarca la atención a diversos factores determinantes de la salud. Para la Corte, se impone en este punto una interpretación amplia, con lo cual, la caracterización aludida, podrá expandirse e incorporar otras cualidades que tiendan a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud. No advirtiéndose, pues, razones que conduzcan a la Corporación a censurar el enunciado legal en estudio y, conforme con los presupuestos anotados, se declarará la constitucionalidad de rigor [...] <sup>16</sup>.

#### 2.2.5. Sobre el artículo 5°:

**Artículo 5°. Principios.** Serán principios orientadores para la prestación de los servicios de salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, los consagrados en la Ley Estatutaria de Salud 1751/2015 son los siguientes:

- a. **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.
- b. **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el ciclo total de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad.
- c. **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los distintos grupos vulnerables. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

<sup>16</sup> CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C-313 de 2014, M. P. Gabriel Mendoza Martelo.



**d. Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas.

Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos. Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:

- a. Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
- b. Pro homine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.
- c. Equidad.** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.
- d. Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.
- e. Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.
- f. Prevalencia de derechos.** El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.
- g. Progresividad del derecho.** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

**a. Libre elección.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía permitirá la afiliación de esposas o esposos de titulares, que tengan relación laboral o contractual que las haga sujetos de contribución a la salud, cuando lo soliciten expresamente; el valor de la UPC ingresará a los fondos cuenta militar o de policía, según el caso. Artículo 82 del Decreto número 2353 de diciembre 3 de 2016.

**b. 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.

**c. Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.

**k. Eficiencia.** El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

**Parágrafo.** Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

**Comentario.** Esta norma constituye una adaptación de la Ley 1751 de 2015 que se considera, por las razones ya expresadas, pertinente y adecuado a este régimen.

No obstante, debe redactarse en términos más asociados al régimen que se regula y no de manera general, como dirigida a toda la población residente en el territorio nacional. De otra parte, no adecuado aludir a normas como el caso del Decreto número 2353 de 2015 asociado con la afiliación transaccional. Por último, es importante señalar que la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad e idoneidad profesional son elementos del derecho y no principios, tal y como lo precisa la Observación General 14 de 2000. No resulta adecuado denominarlos, en consecuencia, como principios orientadores. En efecto, retomando dicha Observación, la Ley 1751 dispuso:

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes **elementos esenciales e interrelacionados**: [...] [Se resalta].

De otro lado, en la Observación General 14 de 2000 se lee:

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte: [...]

#### 2.2.6. Sobre el artículo 6°:

**Artículo 7°. Composición del Sistema.** El Sistema de Salud Militar y Policial (SSMP) está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud Militar y Policial (CSMP), el Subsistema de Salud Militar (SSM), el Subsistema de Salud Policial (SSP), los afiliados usuarios y beneficiarios del Sistema.

**Comentario.** Es necesario estandarizar los términos en todo el proyecto de ley, porque en el artículo 1° se denomina “Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP)” y en el artículo 7, se nombra como: “Sistema de Salud Militar y Policial (SSMP).”

Se recomienda el siguiente texto:

**Artículo 7°. Composición del Sistema.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud Militar y Policial (CSMP), el Subsistema de Salud Militar (SSM), el Subsistema de Salud Policial (SSP), los afiliados usuarios y beneficiarios del Sistema.

**Parágrafo.** Para efectos de lo previsto en la presente Ley, se denominan usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), a los afiliados y beneficiarios de este.

#### 2.2.7. Sobre el artículo 8°:

**Artículo 8°. Funciones del Ministro de Defensa Nacional [...]. Comentario.** Adicionalmente al aval que se requiere, según quedó indicado, teniendo en cuenta que ya existe el Decreto número 1874 de 2021, por medio del cual se modifica la estructura del Ministerio de Defensa Nacional, se crean nuevas dependencias, funciones y se dictan otras disposiciones, es necesario revisar que las atribuciones, no estén incluidas dentro de las funciones del Ministro de Defensa Nacional y sin perjuicio del pronunciamiento que esa Cartera tenga a bien expedir.

#### 2.2.8. Sobre el artículo 9°:

**Artículo 9°. Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional [...].**

**Comentario.** Además de lo ya precisado en torno a la iniciativa, si bien, en la exposición de motivos, se planteó frente al sistema de salud de las fuerzas militares y de la policía, que: “su estructura organizacional deberá tener verticalidad; integralidad al subsistema del homoc; unidad de mando y control”; y que dicha estructura propuesta conduce a: “la reestructuración de las

direcciones de sanidad, la unificación de todos los establecimientos de sanidad militar(sm) en unidades de servicios de salud y la administración vertical de los recursos”, el establecer que el organismo rector del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP), sea el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, podría conllevar amplios riesgos técnicos y financieros, en tanto, que las personas que lo conforman son representantes de los diferentes estamentos de las fuerzas militares y de policía, no corresponden a perfiles técnico científicos que puedan brindar el soporte para el tipo de decisiones que conllevan las funciones contempladas en el artículo 10 del proyecto de ley. Como parte de los integrantes del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, solamente en el literal p), se considera un perfil profesional técnico en temáticas de salud, por lo que se puede constituir un riesgo en la toma de decisiones en el organismo rector del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares. Aunque es un propósito tener una estructura organizacional vertical, no se puede desconocer que se requieren conocimientos técnicos profesionales para tomar decisiones como definir las políticas, planes, programas y prioridades generales del SSMP, aprobar el anteproyecto de presupuesto general de los componentes del SSMP, no resulta lógico que el mero hecho de ser un representante de los pensionados o representante de viudas y beneficiarios o representante de suboficiales retirados, etc., garantice que cuente con los conocimientos para las amplias funciones que se le otorgan a este Consejo Superior.

Se sugiere que el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares tenga como integrantes los mandos militares que toman decisiones y profesionales en las diferentes áreas del conocimiento que se requiera para la toma de decisiones técnicas de un sistema de salud, como profesionales de salud, profesionales en ciencias económicas, administrativas, financieras, de sistemas de información, ciencias sociales y del derecho, con formación pos gradual y experiencia laboral en formulación de políticas públicas, en ciencias de la salud, en manejo financiero del sector salud, en epidemiología, salud pública, gerencia de servicios de salud, especialidades clínicas de salud y demás que se requieran, pero para garantizar la participación democrática en las decisiones rectoras del Sistema, se organice de forma separada otro estamento como un comité con representantes de soldados voluntarios, de suboficiales, del personal civil pensionado, de los empleados públicos y trabajadores oficiales, así como de viudas, viudos y beneficiarios.

No es consecuente a un organismo rector que las decisiones de alto nivel técnico que se tomen allí, las tomen personas que, si bien cumplen una situación de ser representante de un estamento de las fuerzas militares o de policía nacional, no cuente con las calidades técnicas que este nivel demanda.



**2.2.9. Sobre el artículo 15:**

**Artículo 15. Funciones de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares.** La Dirección de Sanidad y aseguramiento de salud de las Fuerzas Militares, tendrá a su cargo las siguientes funciones respecto del Subsistema Militar en el nivel Asegurador, así: [...].

**Comentario.** Agregar de forma explícita lo alusivo a la función de Gestión Integral del Riesgo en Salud de la población objeto. La función de la Gestión Integral del Riesgo en Salud es fundamental para todo sistema de salud, por lo que se sugiere incluirla dentro de las atribuciones de esa Dirección.

**2.2.10. Sobre el artículo 16:**

**Artículo 16. Comité de Salud de las Fuerzas Militares.** El Comité de Salud de las Fuerzas Militares como órgano asesor y coordinador del SSM, estará integrado por los siguientes miembros: [...].

**Comentario.** Se recomienda fortalecer la conformación del comité con profesionales especializados que cuenten con formación y experiencia laboral en temas alusivos al sistema de salud, epidemiología, economía, estadísticos, bioestadísticos, actuarios, etc. Según lo planteado en la motivación de la iniciativa, en este sistema se debe mantener la verticalidad de la estructura militar; lo cual es respetable; no obstante, al tratarse de un “Comité de Salud”, llama la atención que solamente se tenga “un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares”, más aún por la complejidad de la toma de decisiones de dicho comité.

Incluir en el comité de salud de las Fuerzas Militares, profesionales especializados de salud, finanzas, administración, estadística, sistemas, que cuenten con formación y experiencia laboral en temas alusivos al sistema de salud, epidemiología, economía, estadísticos, salud pública, bioestadísticos, actuarios, etc., en atención a las funciones del comité, descritas en el artículo 17, pues como órgano asesor que va a tomar las decisiones de más alto nivel técnico, **no puede estar solo conformado por personal de las fuerzas militares, a menos que tengan el perfil experto** para tomar las decisiones como la gestión del riesgo en salud, conocimientos en salud, metodologías de abordaje en salud a la población, análisis de indicadores de salud, análisis económico de los temas de salud, etc.

**2.2.11. Sobre el artículo 21:**

**Artículo 21. Integración del Hospital Militar Central a la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de las Fuerzas Militares [...]** **Parágrafo 1º.** La estructura orgánica y funcionalidad de la Unidad Especializada de Alta Complejidad Hospital Militar Central será definida y reglamentada por el Gobierno nacional de acuerdo con las competencias que para tal efecto le otorgue la ley.

**Comentario.** En la exposición de motivos hace falta presentar lo pertinente a la motivación para

que el Hospital Militar sea liquidado y no se utilicen otras figuras como “fusión por absorción”. Tampoco es claro, cuáles y cuántas son las acreencias que tiene el Hospital Militar y ante la liquidación quién asumirá dichas acreencias adquiridas, así como las acreencias de fechas postpuestas (a los efectos, se menciona “salvo lo relacionado con la liquidación del hospital militar y la implementación de cuotas moderadoras, copagos y preexistencias”). Se requiere en la justificación lo correspondiente a la liquidación del Hospital Militar Central y las razones por las cuales se analizó esa opción como la mejor; y no optar por fusión por absorción que incluya acreencias y obligaciones. Tampoco es claro, en el momento de la liquidación del hospital qué se hará con las acreencias adquiridas y con fechas postpuestas.

**2.2.12. Sobre el artículo 22:**

**Artículo 22. Unidades de Servicios de Salud Militar (URSSM).** Las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo a las políticas, lineamientos y planes de salud que establezca el CSMP, estas funcionarán como una extensión del Asegurador a Nivel Nacional, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Militar de Mayor Nivel, y estará integrada por un tren administrativo, financiero y técnico bajo la Dirección del Asegurador”.

**Comentario.** La disposición es confusa al hacer referencia al “asegurador a nivel nacional”, sería más apropiado aludir al “subsistema militar en el nivel asegurador”. Se sugiere:

**Artículo 22. Unidades de Servicios de Salud Militar (URSSM).** Las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar, las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo a las políticas, lineamientos y planes de salud que establezca el CSMP, funcionaran como una extensión del **subsistema militar en el nivel asegurador**, integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Militar de Mayor Nivel, y estará integrada por un tren administrativo, financiero y técnico bajo la Dirección del Asegurador.

**2.2.13. Sobre el artículo 26:**

**Artículo 26. Comité de Salud de la Policía Nacional [...]**

**Comentario.** Se recomienda incluir en el comité de salud de la Policía Nacional, profesionales especializados de salud, finanzas, administración, estadística, sistemas, que cuenten con formación y experiencia laboral en temas alusivos al sistema de salud, epidemiología, economía, estadísticos, salud pública, bioestadísticos, actuarios, etc., en atención a las funciones del comité, descritas en el artículo 27, pues como órgano ase- sor que va a tomar



las decisiones de más alto nivel técnico, no puede estar solo conformado por personal de la policía, a menos que tengan el perfil experto para tomar las decisiones como la gestión del riesgo en salud, conocimientos en salud, metodologías de abordaje en salud a la población, análisis de indicadores de salud, análisis económico de los temas de salud, etc.

#### 2.2.14. Sobre el artículo 28:

**Artículo 28. Unidades de Servicios de Salud Policial (URSSP).** [...]

**Comentario.** Comofrente al artículo 22, el artículo 28 menciona al “asegurador a nivel nacional”, y si bien el artículo 15, presenta las funciones de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares. La Dirección de Sanidad y Aseguramiento de salud de las Fuerzas Militares, tendrá a su cargo funciones respecto del Subsistema Militar en el nivel Asegurador. Se considera que es confuso hacer referencia al “asegurador a nivel nacional”, sería más apropiado aludir al “subsistema policial en el nivel asegurador”. Se sugiere:

**Artículo 28. Unidades de Servicios de Salud Policial (URSSP).** Las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de la Policía Nacional de acuerdo a las políticas, lineamientos y planes de salud que establezca el CSMP, estas funcionarán como una extensión del subsistema policial en el nivel asegurador [...]

#### 2.2.15. Sobre el artículo 33:

**Artículo 33. Derechos de los afiliados y beneficiarios.** Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos derechos consagrados en la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud artículo 10 y los contenidos en el Plan de Benéficos del Sistema de Salud Militar y de Policía.

**Comentario.** Dentro de la exposición de motivos, ni en el articulado se explica con claridad lo referente a la definición del “PLAN DE BENEFICIOS DEL SISTEMA DE SALUD MILITAR Y POLICÍA”, por lo cual, al encontrarlo en el artículo 33 como derecho de los afiliados y beneficiarios, es inconsistente e incoherente cuando se interpreta a la luz de la Ley 1751 de 2015, pues en teoría con el artículo 15, se eliminó el POS y hasta ese momento los pacientes tenían derecho a un listado de procedimientos (el POS) y cualquier trata-miento por fuera debía ser autorizado por un comité científico y pagado por la Nación con recursos del Fosyga. No así con el nuevo mecanismo, que les permite a los médicos recetar con libertad medicamentos y procedimientos quirúrgicos a sus pacientes sin tener que acogerse al listado del “POS”. El mencionado artículo 15 estableció que los afiliados al sistema de salud tendrán derecho a todos los servicios requeridos, a menos que sean excluidos de forma explícita.

De ese modo, el nuevo mecanismo contempla seis posibles motivos de exclusión: que sean cosméticos, que estén en fase de experimentación,

no tengan eficacia ni efectividad clínica, no estén aprobados por el Invima o se presten en el exterior. La responsabilidad de determinar cuáles son los servicios, tecnologías y tratamientos que no serán cubiertos -según el Ministerio de Salud y Protección Social- involucra a todos los actores del sector salud y constará de cuatro fases: 1) “fase de nominación y priorización”, 2) “fase de análisis técnico científico”, 3) “consulta a pacientes potencialmente afectados y a la ciudadanía”, y 3) “fase remisión del concepto técnico científico y de la recomendación”.

Es conveniente incluir en la exposición de motivos la postura que se va a tener en el sistema de salud para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, respecto a si se da cumplimiento al artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, en cuanto a que no haya de manera explícita un “Plan de Beneficios”, sino más bien un mecanismo de exclusiones.

Así mismo, esta definición se debe ver reflejada en el articulado como tal y evidenciar claramente la postura frente a que choca con la Ley Estatutaria enunciar el derecho a un “plan”, cuando la misma, ya abroga por un enfoque de exclusiones y no de inclusiones, más aún cuando el artículo 39 prevé que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para este sistema será la del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

#### 2.2.16. Sobre el artículo 39:

**Artículo 39. Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD).** El valor del Presupuesto Per Cápita para los usuarios afiliados al sistema de salud de las fuerzas militares Sector Defensa (PPCD) del SSMP será equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incrementada en un treinta por ciento.

**Comentario.** En concordancia con lo indicado ut supra, es conveniente dar cumplimiento al artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, en cuanto a que no haya de manera explícita un “Plan de Beneficios”, sino más bien un mecanismo de exclusiones. Igualmente, esta definición se debe ver reflejada en el articulado como tal y evidenciar claramente la postura frente a que contraviene la Ley Estatutaria delimitar el derecho a un “plan”, cuando la misma, ya dispone por un enfoque de exclusiones y no de inclusiones.

#### 2.2.17. Sobre el artículo 40:

**Artículo 40. Presupuesto Operacional del SMP.** El valor de la PPCD operacional será equivalente a la UPC del SGSS incrementado en el cuarenta por ciento (40%) multiplicada por el total de miembros uniformados activos de la Fuerza Pública exceptuando la población no cotizante.

**Parágrafo 1º.** Los recursos recaudados descritos en el artículo 36, serán destinados a financiar el Plan de Salud Operacional de la Fuerza Pública con cargo al SMP de que trata la presente ley, en consideración a la excepcionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los programas de promoción y prevención de la Sanidad

operacional de las Fuerzas militares y la Policía Nacional.

**Parágrafo 2º.** Las Fuerzas Militares y la Policía Nacional dispondrán de los medios necesarios para la evacuación y traslado médico terrestre, fluvial, marítimo o aéreo del personal que se encuentra en desarrollo de operaciones militares y policiales inherentes a su misión constitucional con cargo a sus recursos.

**Comentario.** En la exposición de motivos no se exhiben resultados de análisis del gasto operacional, que justifique la decisión del presupuesto que se asigna por norma. En el artículo que se comenta no es clara la fuente de financiación del gasto operacional. Es decir, al parecer se describe un monto equivalente que tendría fuente diferente a las cotizaciones que realizan los afiliados sometidos al régimen de cotización.

Se sugiere, por lo tanto, incluir el análisis del gasto operacional que justifique la decisión del % de presupuesto que se asigna al tiempo que se establezca la fuente de financiación del gasto.

#### 2.2.18. Sobre el artículo 47:

**Artículo 47. Naturaleza Jurídica.** El Hospital Militar Central, es un Establecimiento Público del orden Nacional, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, con domicilio en Bogotá, D. C.

**Comentario.** Además, que subyace un problema de iniciativa pues esta clase de normas no pueden ser adoptadas sin la anuencia gubernamental, no es claro, la razón del artículo 21, si más adelante, en el “TÍTULO IV DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL”, se va a desarrollar lo concerniente a esta institución. Es más, en la exposición de motivos, se enuncia una liquidación del Hospital Militar, pero no se sustenta y en el articulado tampoco se desarrolla si se va a dar o no tal liquidación.

#### 2.2.19. Sobre el artículo 50:

**Artículo 50. Dirección y administración.** El Hospital Militar Central tendrá como órganos de dirección y administración un Consejo Directivo y un Director General quien será su representante legal. El Consejo Directivo estará conformado por:

- a. El Ministro de Defensa Nacional o su delegado, quien lo presidirá
- b. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto.
- c. El Segundo Comandante del Ejército Nacional.
- d. El Segundo Comandante de la Armada Nacional.
- e. El Segundo Comandante de la Fuerza Aérea.
- f. El Director General de Sanidad Militar.
- g. El Jefe de la Unidad de Justicia y Seguridad del Departamento Nacional de Planeación.

- h. El Subdirector del Sector Central de la Dirección Nacional de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.
- i. Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.
- j. Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.
- k. Un representante del cuerpo médico o paramédico del Hospital Militar Central escogido por el Ministro de Defensa Nacional de terna presentada por el Director General del Hospital, para un periodo de dos años.
- l. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos, trabajadores oficiales y pensionados del Hospital Militar Central elegido por sus representados por mayoría de votos y para un periodo de dos años.

**Parágrafo 1º.** Harán parte del Consejo Directivo con voz, pero sin voto, el Director General, los subdirectores del Hospital Militar Central y los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares.

**Parágrafo 2º.** El Consejo Directivo del Hospital Militar Central deberá reunirse por lo menos una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con siete de sus miembros y en ausencia de su presidente o su delegado, presidirá la reunión el oficial en servicio más antiguo.

**Parágrafo 3º.** La participación de los miembros del Consejo Directivo es indelegable, sin perjuicio de lo establecido en los literales a) y b) del presente artículo.

**Parágrafo 4º.** El personal relacionado en los literales i) y j) serán elegidos bajo la reglamentación que expida la Caja de Retiro de las FFMM. y el del literal l) será elegido según la reglamentación que para el efecto expida el Director General del Hospital Militar Central.

**Comentario.** Para un órgano directivo de alto nivel conformado por 12 miembros, no es equiparable que solamente haya un miembro con perfil de profesional de la salud. Existe un desequilibrio técnico para la toma de decisiones pues se requiere que estas tengan respaldo técnico-científico y no solamente el respaldo de cadena de mando. Respetando la verticalidad del mando militar, se considera pertinente incluir miembros civiles con perfiles técnico-científicos (profesionales de salud, administración, jurídicos, finanzas, economía, etc., especializados en epidemiología, salud pública, bioestadística, estadística, actuarios, sistemas de salud, gerencia de sistemas de salud, etc.) o que los militares incluidos en el órgano de dirección cuenten con los conocimientos técnico, científicos y financieros para asumir la toma de decisiones de alto nivel en temas de salud, descritas en el artículo 51 del proyecto de ley.



**2.2.20. Sobre el artículo 61:**

**Artículo 61. Del sistema de garantía de calidad de la prestación de servicios del SMP.** Se define como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos que desarrolla el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional para garantizar la prestación de servicios en salud con las características y atributos de calidades definidas por el CSMP deberá asegurar la prestación de todos los servicios de salud, incluidos los planes de beneficios a los usuarios del SSMP, sin distinción de tipo de usuario. Tendrá a su cargo la dirección, control y administración de la red prestadora de servicio.

**Parágrafo 1º.** La administración se realizará a través de una red prestadora que agrupará de manera regional mediante Unidades Centralizadoras Regionales (UCR) a las Unidades de Servicios de Salud Militar (USSM).

**Parágrafo 2º.** La circunscripción y adscripción de los usuarios será realizada en consideración a los siguientes criterios mínimos: Georreferenciación, perfil epidemiológico, situación de salud, grupos de riesgo y disponibilidad de red prestadora de servicios.

**Parágrafo 3º.** [A]dscripción en forma anual cada Subsistema... actualización del ordenamiento de su red prestadora.

**Parágrafo 4º.** Las Unidades Centralizadoras Regionales ejercerán las funciones de apoyo Logístico Operacional conforme a los lineamientos y planes.

**Comentario.** Si bien el sistema de salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional es excepcional, resulta necesario estimar que en la evolución de los sistemas de salud en el mundo se han visto las ventajas de adoptar sistemas de garantía de calidad robustos, pues a partir de ellos, se garantiza el derecho a la salud, la seguridad del paciente, la calidad de la atención (con sus respectivos atributos). Se sugiere que en este artículo y bajo esta norma quede abierta la posibilidad de que haya una regulación de un “modelo o subsistema de Garantía de la Calidad” y que sea regulado posteriormente, ya que, aunque se tiene la excepcionalidad al Decreto número 1011/07 (ahora dentro del Decreto número 780 de 2016, Único del Sector Salud y Protección Social), es indispensable que sea explícito el compromiso del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, con la calidad para la prestación de los servicios de salud.

**2.2.21. Sobre el artículo 62:**

**Artículo 62. Control y vigilancia.** Sin perjuicio del control ejercido por otros funcionarios o dependencias, la Superintendencia Nacional de Salud efectuará la inspección vigilancia y control al SSMP, dentro de los términos de su competencia y acorde a las normas propias de este Régimen de Excepción.

**Comentario.** Se recomienda que, a la luz de la Ley 1474 de 2011 -Estatuto anticorrupción-, y frente al tema del “control” a la gestión pública, se genere un mecanismo o un sistema preventivo de prácticas riesgosas financieras y de atención en salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que permita la identificación oportuna, el registro y seguimiento de estas conductas. Así mismo, se deben definir las medidas preventivas para su control, los indicadores de alerta temprana. Dicho sistema deberá incluir indicadores que permitan la identificación, prevención y reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude en el sistema.

**2.2.22. Sobre el artículo 65:**

**Artículo 65. Historias clínicas.** A partir de la proclamación de la presente ley, las historias clínicas de los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares deberán ser manejadas vía digital.

**Parágrafo.** Reserva de las Historias Clínicas.

**Comentario.** La Ley 2015 de 2020 define la Historia Clínica Electrónica y la interoperabilidad de datos. La Resolución número 866 de 2021 contempla los datos clínicos para la interoperabilidad, de ahí que se sugiera su armonización y se alinee con la progresividad que se prevé para la Historia Clínica del SSMP. No es clara la idea que se desea desarrollar en el parágrafo del artículo 65. Las siguientes normas, ya reconocen la reserva, privacidad, de las Historia Clínica: Resoluciones números 1995 de 1999 y 839 de 2017, Ley Estatutaria 1581 de 2012, así como la citada Ley 2015. El parágrafo no tiene desarrollo alguno.

**2.2.23. Sobre el artículo 68:**

**Artículo 68. Vigencia.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

**Comentario.** Un ajuste al sistema de salud requiere de adaptaciones y modificaciones a nivel administrativo, humano, financiero, por lo cual se sugiere que haya un plazo de entrada en vigencia, luego de su publicación. De conformidad con los cambios profundos que se requieren para la implementación de la ley, es aconsejable un tiempo de entrada en vigencia que sea razonable y posible.

**3. CONCLUSIÓN**

Por las razones expuestas, si bien es recomendable hacer ajustes al Sistema de Salud relativo a las Fuerzas Militares y Policía Nacional, tras examinar el articulado, se realizan una serie de observaciones tales como:

3.1. En lo atinente a los artículos 7º a 28 y 47 a 55, el proyecto de ley debe contar con el aval gubernamental, en este caso del Ministerio de Defensa Nacional dado que se trata de normas que modifican la estructura y funciones de la administración nacional. Adicionalmente, los entes de decisión deben ser integrados técnicamente. Para definir



*la conveniencia de la propuesta se requiere determinar la posición de esa Cartera según el pronunciamiento que a bien tenga expedir.*

- 3.2. *Debe precisarse el epígrafe para que no resulte redundante al repetir “se dictan otras disposiciones”, al tiempo que se debe mejorar la redacción de los artículos 2º y 4º. Igualmente, se debe unificar la terminología contentiva del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional a lo largo del texto.*
- 3.3. *En cuanto a los principios (art. 5º), diferenciar los elementos del derecho y, en lo sucesivo, redactarlos asociándolos al sistema excepcional que se pretende regular.*
- 3.4. *Ajustar el artículo 33, según lo previsto en el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, es decir, la regulación de exclusiones. Este comentario se extiende al artículo 39.*
- 3.5. *Es necesario regular adecuadamente lo relativo a historias clínicas y la vigencia, frente a lo cual se plantearía una transitoriedad.*

*En estos términos, se presenta la posición del Ministerio de Salud y Protección Social en lo relativo a la iniciativa de la referencia. Frente a su contenido, resulta conveniente conocer los puntos de vista de los eventuales afectados con la regulación; así como el pronunciamiento que a bien tenga expedir el Ministerio de Defensa Nacional por comprender ámbitos de su competencia y realizar la respectiva articulación con ese sector.”*

Ahora bien debido al trasfondo y estudio del proyecto de ley pues es una reforma al Sistema de Salud de la Policía Nacional y la Fuerza Pública, y la carga laboral que ha tenido la comisión séptima de la cámara de representantes con la Reforma a la salud, así mismo como el Plan Nacional de Desarrollo y teniendo en cuenta la realización de la mesas técnicas realizadas el 1º de diciembre de 2022 como la realizada el 5 de junio del 2023 con el ministerio de defensa y de sanidad a militar y de policía en aras de tener un conceso y debido a que el Ministerio de Defensa no presento concepto al proyecto y no se tuvo un consenso del mismo, nos permitimos rendir ponencia y continuar construyendo una mejor salud para nuestra fuerza pública, así mismo se tuvieron en cuenta varias observaciones de los conceptos ya transcritos en la exposición de motivos emitidos por el Ministerio de Salud y de la Protección Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Hacienda

Como resultado final del trabajo conjunto se presenta el articulado del proyecto de ley que busca generar un cambio funcional dentro del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía.

## 5. CONFLICTO DE INTERESES

El artículo 183 de la Constitución Política consagra a los conflictos de interés como causal de pérdida de investidura. Igualmente, el artículo

286 de la Ley 5ª de 1992 establece el régimen de conflicto de interés de los Congresistas.

De conformidad con la jurisprudencia del Consejo de Estado y la Corte Constitucional, para que se configure el conflicto de intereses como causal de pérdida de investidura deben presentarse las siguientes condiciones o supuestos:

- (i) *Que exista un interés directo, particular y actual: moral o económico.*
- (ii) *Que el Congresista no manifieste su impedimento a pesar de que exista un interés directo en la decisión que se ha de tomar.*
- (iii) *Que el Congresista no haya sido separado del asunto mediante recusación.*
- (iv) *Que el Congresista haya participado en los debates y/o haya votado.*
- (v) *Que la participación del Congresista se haya producido en relación con el trámite de leyes o de cualquier otro asunto sometido a su conocimiento.*

En cuanto al concepto del interés del congresista que puede entrar en conflicto con el interés público, la Sala ha explicado que el mismo debe ser entendido como “una razón subjetiva que torna parcial al funcionario y que lo inhabilita para aproximarse al proceso de toma de decisiones con la ecuanimidad, la ponderación y el desinterés que la norma moral y la norma legal exigen” y como “el provecho, conveniencia o utilidad que, atendidas sus circunstancias, derivarían el congresista o los suyos de la decisión que pudiera tomarse en el asunto” (Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Primera, Radicado 66001-23-33-002-2016-00291-01(PI), sentencia del 30 de junio de 2017).

De acuerdo con la Sentencia SU-379 de 2017, no basta con la acreditación del factor objetivo del conflicto de intereses, esto es, que haya una relación de consanguinidad entre el congresista y el pariente que pueda percibir un eventual beneficio. Deben ser dotadas de contenido de acuerdo con las circunstancias específicas del caso concreto.

La Sala Plena del Consejo de Estado en sentencia del 17 de octubre de 2000 afirmó lo siguiente frente a la pérdida de investidura de los Congresistas por violar el régimen de conflicto de intereses:

El interés consiste en el provecho, conveniencia o utilidad que, atendidas sus circunstancias, derivarían el congresista o los suyos de la decisión que pudiera tomarse en el asunto. Así, no se encuentra en situación de conflicto de intereses el congresista que apoye o patrocine el proyecto que, de alguna manera, redundaría en su perjuicio o haría más gravosa su situación o la de los suyos, o se oponga al proyecto que de algún modo les fuera provechoso. En ese sentido restringido ha de entenderse el artículo 286 de la Ley 5ª de 1991, pues nadie tendría interés en su propio perjuicio, y de lo que trata es de preservar la rectitud de la conducta de los congresistas, que deben actuar siempre consultando la justicia y


el bien común, como manda el artículo 133 de la Constitución. Por eso, se repite, la situación de conflicto resulta de la conducta del Congresista en cada caso, atendidas la materia de que se trate y las circunstancias del congresista y los suyos. [...].

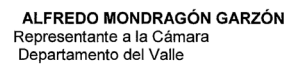
En ese sentido, en la presente iniciativa se pueden llegar a presentar Conflictos de Interés cuando los Congresistas, su cónyuge, compañero o compañera permanente, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil, se puedan beneficiar de forma personal, actual y directa con la expedición de esta ley, en los términos de la Ley 2003 de 2019 o norma que la modifique o derogue.

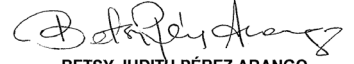
## 6. PROPOSICIÓN

De acuerdo con las consideraciones anteriores, se propone a la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes dar primer debate al “*Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones*”.

Atentamente,

  
**JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA**  
 Representante a la Cámara  
 Departamento del Norte de Santander

  
**ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN**  
 Representante a la Cámara  
 Departamento del Valle

  
**BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO**  
 Representante a la Cámara  
 Departamento del Atlántico

## 7. TEXTO PROPUESTO PARA PRIMER DEBATE AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 265 DE 2022

*por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional y se dictan otras disposiciones.*

Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL.

CAPÍTULO I

### Composición y principios

**Artículo 1º. Objeto.** El objeto del El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) es garantizar a sus afiliados y beneficiarios, el respeto, acceso y disfrute del derecho fundamental a la salud, mediante el aseguramiento y la prestación del servicio integral de salud en las fases de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todos los afiliados y sus beneficiarios, así como el servicio de sanidad inherente a las Operaciones Militares y del Servicio de la Policía Nacional, dentro del marco

de un Modelo de Atención en Salud contemplado en la ley, así como garantizar la calificación de la capacidad psicofísica para el ingreso, permanencia y retiro del personal uniformado.

**Artículo 2º. Composición del sistema.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, y adscrito al viceministerio para la estrategia y planeación, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), el Subsistema de Salud de Las Fuerzas Militares (SSFMM) el subsistema de salud de la Policía Nacional (SSPN), el Comité de Salud de cada subsistema, los afiliados activos, retirados, pensionados del sistema y sus beneficiarios.

**Artículo 3º. Definición del sistema.** El Sistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es un conjunto interrelacionado de instituciones, organismos, dependencias, afiliados, beneficiarios, recursos, políticas, principios, fundamentos, planes, programas y procesos debidamente articulados y armonizados entre sí para el cumplimiento de su misión, la cual es asegurar y prestar el servicio integral de salud esencial obligatorio a sus afiliados y beneficiarios, garantizándoles el disfrute del derecho fundamental a la salud, así como la calificación de la capacidad psicofísica para el ingreso, permanencia y retiro del personal uniformado.

**Artículo 4º. Naturaleza y contenido.** El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y humanizada, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Ministerio de Defensa, adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, su prestación como servicio público esencial obligatorio y como derecho fundamental, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

**Artículo 5º. Principios.** Serán principios orientadores para la prestación de los servicios de salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, los consagrados en la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 son los siguientes:

- a. **Disponibilidad.** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.
- b. **Aceptabilidad.** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la

salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el ciclo total de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad;

- c. **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los distintos grupos vulnerables. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.
- d. **Calidad e idoneidad profesional.** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos. Así mismo, el derecho fundamental a la salud comporta los siguientes principios:
  - a. **Universalidad.** Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.
  - b. **Pro homine.** Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.
  - c. **Equidad.** El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.
  - d. **Continuidad.** Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.
  - e. **Oportunidad.** La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.
  - f. **Prevalencia de derechos.** El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por momentos del curso de vida: primera infancia de cero a hasta cinco (5)

años, infancia de los seis (6) a los once (11) años, y adolescencia de los doce (12) a los diecisiete (17) años.

- g. **Progresividad del derecho.** El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.
- h. **Libre elección.** Los afiliados tienen la libertad de elegir las instituciones prestadoras de servicios de salud dentro de la oferta disponible, según las normas de habilitación y el régimen de referencia y contra-referencia establecido por cada subsistema.
- 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.
- j. **Solidaridad.** El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.
- k. **Eficiencia.** El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.

**Parágrafo.** Los principios enunciados en este artículo se deberán interpretar de manera armónica sin privilegiar alguno de ellos sobre los demás. Lo anterior no obsta para que sean adoptadas acciones afirmativas en beneficio de sujetos de especial protección constitucional como la promoción del interés superior de las niñas, niños y mujeres en estado de embarazo y personas de escasos recursos, grupos vulnerables y sujetos de especial protección.

**Artículo 6°. Características y elementos.** Serán características propias del El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) las siguientes:

- a. **Autonomía.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) es autónomo y se regirá de conformidad con lo establecido en la constitución, la ley 1751, la presente ley y las demás normas que lo reglamente y desarrollen
- b. **Integración funcional.** Las entidades que componen el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP),



concurrirán armónicamente en la provisión de servicios de salud, mediante la integración de funciones, acciones y recursos, de acuerdo con la regulación que para el efecto adopte el Consejo de Salud Militar y de la Policía Nacional (CSMP).

**Independencia de los recursos.** Los recursos que ingresen al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberán administrarse en fondos cuentas separados e independientes del resto del presupuesto de las unidades ejecutoras de la Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y sólo podrán destinarse a la ejecución de las actividades misionales de cada Subsistema, en los términos que establezca el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP).

- d. Unidad.** El SSMP tendrá unidad de gestión, de tal forma que, aunque la prestación de servicios se realice en forma desconcentrada, descentralizada o contratada, siempre exista unidad de dirección y políticas, así como la debida coordinación entre los subsistemas y entre las entidades y unidades de cada uno de ellos.
- e. Excepcionalidad.** Serán características propias y excepcionales del SSMP las actividades de salud inherentes a las operaciones militares y del servicio de Policía, así como las actividades de salud especializadas que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policial para desempeñarse con seguridad y eficiencia.

De igual forma, incluye la sanidad en campaña, medicina aeroespacial, medicina naval y del buceo; y las actividades de salud para los grupos operativos de la Policía Nacional. Se incluyen las actividades de planeamiento médico, inteligencia y logística médicas para el desarrollo de estas

- f. Descentralización y Desconcentración.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) prestará lo servicios en forma descentralizada o contratada y desconcentrada, en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con el fin de optimizar la utilización de los recursos y facilitar el acceso y la oportunidad de los servicios de salud en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional, con sujeción a las políticas, reglas, directrices y orientaciones trazadas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

## CAPÍTULO II

### Composición, autoridades y órganos encargados de la dirección del sistema

**Artículo 7°. Composición del sistema.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de

la Policía Nacional (SSMP) está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN), los afiliados y beneficiarios del Sistema.

**Artículo 8°. Funciones del Ministro de Defensa Nacional.** Además de las funciones que la Ley le asigna de modo general a los Ministros y de manera particular al Ministro de Defensa Nacional, este tendrá a su cargo la función de:

- a. Preparar los proyectos de ley y de decretos relacionados con la salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
- b. Adoptar las normas necesarias para supervisar, evaluar y controlar el SSMP, en los ámbitos administrativos, financieros y técnicos.

**Parágrafo.** EL sistema de salud de fuerzas militares y policía nacional dependerá DEL VICEMINISTERIO DE PLANEACIÓN Y ESTRATEGIA, sus funciones serán asignadas por el Ministro de Defensa.

**Artículo 9°. Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.** Se establece con carácter permanente el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), como organismo rector del SSMP. El CSSMP estará integrado por los siguientes Miembros:

- a. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro, quien lo presidirá.
- b. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su Viceministro como su delegado.
- c. El Ministro de Salud o el Viceministro como su delegado.
- d. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto como su delegado.
- e. El Director General de la Policía Nacional o su delegado.
- f. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.
- g. Un representante del personal en goce de asignación de retiro, pensión o sustitución pensional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- h. Un representante del personal en goce de asignación de retiro, pensión o sustitución pensional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
- i. Dos profesionales de la salud, con especialización en administración hospitalaria, epidemiología o ramas afines de la Salud Pública, designados por la Academia Nacional de Medicina.
- j. Un representante de los profesionales de la salud del SSMP.

**Parágrafo 1°.** El CSSMP se reunirá obligatoriamente una vez cada tres meses, por el término de una jornada de trabajo o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente o la mayoría simple de sus miembros principales. Se establece quórum mínimo de la mitad más uno de sus integrantes, para sesionar y tomar decisiones válidas.

**Parágrafo 2°.** Los representantes del personal descrito en el presente artículo, serán elegidos a nivel nacional por mayoría de votos y para un período de dos años. Se establece un máximo de dos periodos consecutivos para cada representante. Su inscripción se hará con su correspondiente suplente. El mecanismo de elección del representante descrito en el literal g) estará a cargo de la Dirección General de Sanidad Militar. El mecanismo de elección del representante descrito en el literal h) estará a cargo de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. El proceso de elección del representante referido en el literal j) estará a cargo del Ministerio de Defensa Nacional.

**Parágrafo 3°.** Los miembros que actúen en calidad de delegados o suplentes de titulares del Consejo Superior o comités de salud de la FFMM o Policía, no podrán delegar esta responsabilidad.

**Artículo 10. Funciones del CSSMP.** Son funciones del CSSMP las siguientes:

- a. Definir las políticas, planes, programas y prioridades generales del SSMP.
- b. Señalar los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento del SSMP teniendo en cuenta la organización interna de Comando General Fuerzas Militares, Comandos de Fuerzas, Hospital Militar Central y Policía Nacional.
- c. Aprobar el anteproyecto de presupuesto general de los componentes del SSMP.
- d. Aprobar el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policía, el Modelo de Atención en salud y los planes complementarios de salud, con sujeción a los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud en el SSMP.
- e. Determinar y reglamentar el funcionamiento de los Fondos Cuenta de cada Subsistema conformados en la presente ley.
- f. Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el SSMP, con base en los presupuestos disponibles en forma equitativa conforme a la estructura demográfica y epidemiológica de la población asegurada. Aprobar los parámetros para Adoptar las tarifas internas y externas en compra y venta de servicios de salud para el SSMP acorde a los estudios de mercado.
- g. Determinar anualmente los parámetros que aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios

del Sistema y autorizar a las entidades y a los Establecimientos de Sanidad que conforman el SSMP para la prestación de servicios de salud a terceros.

- h. Reglamentar los exámenes médico-laborales a que se refiere el Decreto 094 de 1989 o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen.
- i. Disponer las políticas, estrategias, planes y programas de salud en apoyo de las operaciones militares y del servicio policial.
- j. Aprobar el proyecto del plan de desarrollo del SSMP.
- k. Aprobar los planes, programas, proyectos y propuestas normativas presentados a su consideración por los respectivos Subsistemas.
- l. Expedir los actos administrativos para el cumplimiento de sus funciones.
- M. Establecer los criterios a tener en cuenta para que cada subsistema identifique y mantenga actualizada la suficiencia global de recursos, que le permita determinar el valor de las primas per cápita de recaudo, necesarias para cubrir los portafolios de tecnologías y servicios para atender el riesgo común, riesgo ocupacional, riesgo operacional o derivado del alto riesgo de la profesión y el portafolio de medicina laboral.
- N. Las demás que le señale la ley y los reglamentos.

**Parágrafo.** Quienes hagan parte del CSSMP no pueden a la vez integrar los comités de salud militar o de policía.

#### **SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.**

**Artículo 1°.** *Integración del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.* El Subsistema de Salud de la Policía Nacional SSPN, lo constituyen la Dirección General de la Policía Nacional, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, el Comité de Salud de la Policía Nacional y los Establecimientos de Sanidad Policial.

**Artículo 12. La Dirección General de la Policía Nacional en relación con el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.**

La Dirección General de la Policía Nacional, tendrá las siguientes responsabilidades en relación con el Subsistema de Salud de la Policía Nacional:

- a) Realizar y mantener actualizada la afiliación del personal activo al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
- b) Asegurar las actividades, prestaciones y servicios de salud requeridos para el desarrollo de la Medicina Laboral de los miembros de la Policía Nacional, Alumnos de las Escuelas de Formación de la Policía Nacional y al personal no uniformado vinculado con anterioridad a la vigencia de

la Ley 100 de 1993, así como disponer de los recursos presupuestales requeridos;

- c) Desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo o su equivalente al interior de la Policía Nacional.

Disponer de los recursos de infraestructura y equipos para la prestación de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades y operación que determine el Modelo de Atención Integral en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;

- e) Disponer de la infraestructura física y administrativa, medios y dispositivos, organización, funcionamiento para desarrollar las actividades en salud inherentes a las operaciones de la Policía Nacional y las prestaciones descritas en el Plan de Salud Operacional.

**Artículo 13. *Secretaría del CSSMP.*** La Secretaría Técnica del CSSMP será ejercida por el funcionario que designe el Ministro de Defensa Nacional. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:

- a. Actuar como secretario en las reuniones del consejo y de sus comisiones.
- b. Comunicar la convocatoria a las sesiones del consejo conforme al reglamento y a las instrucciones impartidas por su Presidente.
- c. Elaborar y suscribir las actas de las reuniones del CSSMP.
- d. Llevar el archivo de todos los documentos, las actas, actos administrativos y demás actuaciones del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

Recopilar e integrar los informes, estudios y documentos que deban ser examinados o sometidos a aprobación del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

### CAPÍTULO III

#### **Del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares**

**Artículo 14.** El Subsistema de Salud Militar (SSM), lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares, y las Subdirecciones de Salud Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea Colombiana, la Unidad Especializada Hospital Militar Central y las Unidades de Servicios de Salud Militar

**Artículo 15. *Comando General de las Fuerzas Militares en relación con Sanidad Militar.*** Tendrá como funciones, en relación al recurso humano con que cuentan las fuerzas militares las siguientes:

- a) Asignar en comisión del servicio el personal Militar que constituye el recurso humano sanitario de las fuerzas, supra especialistas, especialistas, médicos, tecnólogos, técnicos, auxiliares y personal administrativo a la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares;

- b) Supervisar y evaluar la gestión de la dirección del subsistema;

- c) Verificar asiduamente el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del CSSMP, resoluciones Ministeriales, acuerdos del CSSMP y directivas de la Dirección de aseguramiento;

- d) Disponer el apoyo y movilización del personal de salud en cumplimiento de la misión institucional, como aseguradores de la salud, en eventos operacionales, traslados, comisiones brigadas, jornadas de salud, rescates, traslado de pacientes, lo anterior con cargo al presupuesto del CGFM

**Artículo 16. *Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares.*** LA DIRECCIÓN DE SANIDAD Y ASEGURAMIENTO DE LA SALUD MILITAR (DSAM) tendrá a su cargo la Dirección, administración, mando y control en los aspectos administrativo, presupuestal, técnico, legal, disciplinario y asistencial de las subdirecciones que la conformen. En todo caso deberá tener Subdirección de Servicios de Salud asistencial, Subdirección de Salud Operacional y Laboral, Unidades Centralizadoras, Unidad de Servicios compartidos, Unidad Especializada de Alta Complejidad Hospital Militar Central, Subdirección de Planeación, Garantía de la Calidad en Salud, Seguimiento y control y Asuntos legales. Constitúyase la Dirección de Sanidad y aseguramiento de la salud de las Fuerzas Militares, como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, cuyo objeto, además de lo ya establecido, es administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, así como ejercer la dirección en materia de sanidad ASISTENCIAL Y OPERACIONAL, control y administración del recurso humano e infraestructura de sanidad militar, la implementación, vigilancia, seguimiento y control de las políticas y lineamientos que emita el CSMP bajo la coordinación del Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

**Artículo 17. *Funciones de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares.*** La Dirección de Sanidad y aseguramiento de salud de las Fuerzas Militares, tendrá a su cargo las siguientes funciones respecto del Subsistema Militar en el nivel Asegurador, así:

- a) Dirigir, planear, gerenciar, administrar y controlar integralmente el Subsistema de salud militar. b) Administrar el talento humano al servicio del Sub Sistema Militar;
- b) Presentar ante las instancias pertinentes las propuestas de ley, actos administrativos, planes, y programas que serán presentados al comité de salud militar;
- c) Dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos para la aprobación del CSSMP;



- d) Gerenciar, efectuar el aseguramiento y promover el desarrollo del Subsistema, su sostenibilidad e implementar y ejecutar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos, evaluar sistemáticamente la calidad, eficiencia, eficacia y equidad de la red de servicios prestadores;
- e) Administrar el Fondo -Cuenta del Subsistema de Salud Militar en los términos que establezca la ley;
- f) Asegurar la prestación de los servicios de salud individual y colectiva con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, idoneidad, continuidad;
- g) Realizar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, financiera, administrativa y legal a las diferencias dependencias del subsistema;
- h) Impartir lineamientos normas, instructivos, guías de manejo y demás herramientas que se consideren indispensables para hacer operativos los acuerdos que apruebe el Consejo Superior de Salud Militar y Policial, así como fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación;
- i) Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSMP;
- j) Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud;
- k) Elaborar y someter a consideración del CSMP los Planes de Beneficios con sujeción a los recursos disponibles;
- l) Prestar los servicios de salud a través de sus Unidades de Servicios de Salud Militar y Unidad Especializada de alta complejidad Hospital Militar Central; así mismo podrán contratar servicios de salud con la red externa pública y privada;
- m) Dirigir y coordinar el control, seguimiento a la gestión asistencial, operativa, financiera, técnica, administrativa, legal, sobre la ejecución y la relación costo-efectividad;
- n) Asegurar el cumplimiento del plan de salud operacional de la Fuerzas Militares y el apoyo logístico.
- o) Direccionar las políticas, lineamientos y programas del Modelo de Atención en salud y de la prestación de los servicios de salud desde la Atención Primaria en salud, escalando niveles de complejidad y observando el proceso de referencia y contra referencia;
- p) Administrar el recaudo de contribución de los afiliados, el aporte patronal, UPC de soldados regulares, alumnos de las escuelas de formación, mayor valor de la UPC, recursos ATEP, ingresos por ventas de servicios y otros ingresos;
- q) Administrar y gerenciar el Sistema de Información para el Subsistema, dirigir su operación y funcionamiento de conformidad con sus necesidades;
- r) Gestionar y administrar las fuentes de financiamiento establecidas en la presente ley y los recobros al ADRES;
- s) Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero del Subsistema;
- t) Las demás que le asignen la ley y los reglamentos;

**Artículo 18. Comité de Salud de las Fuerzas Militares.** El Comité de Salud de las Fuerzas Militares como órgano asesor y coordinador del SSM, estará integrado por los siguientes miembros:

- a. El Inspector General de las FF.MM, quien lo presidirá.
- b. El Director de Personal del Ejército Nacional.
- c. El Director de Personal de la Armada Nacional.
- d. El Director de personal de la Fuerza Aérea.
- e. Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.
- f. Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.
- g. El Jefe de la Oficina de Planeación del Ministerio de Defensa Nacional.
- h. Un representante del personal de soldados e infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión
- i. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares.

**Parágrafo 1º.** El Director General de Sanidad Militar, el director del Hospital Militar Central y los directores de sanidad operacional de las fuerzas podrán asistir por derecho propio a las reuniones del CSMP con derecho a voz, pero sin voto.

**Parágrafo 2º.** Ningún funcionario activo o representante del personal retirado, que integre el CSSMP, puede ser titular ante el Comité de Salud Militar

**Parágrafo 3º.** El Comité de Salud de las Fuerzas Militares deberá reunirse una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con cinco de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo en ausencia del Inspector General de las Fuerzas Militares. La representación de los Miembros en el Comité es indelegable.

**Parágrafo 4º.** El representante del personal en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares

o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un período de dos años, se fija un máximo de dos perdidoso consecutivos para los representantes de elección popular. El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:

- a. La dirección de sanidad y aseguramiento de salud de las Fuerzas Militares para los literales e), f) y h, según reglamentación que expida la D.
- b. Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional para el literal h), o quien haga sus veces, según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional.

**Parágrafo 5°.** Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del comité de salud militar un representante de las veedurías nacionales en salud, del sistema de salud de las fuerzas militares y de policía. Este representante no tendrá voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa.

**Artículo 19. Funciones del Comité.** Son funciones del Comité de Salud de las Fuerzas Militares las siguientes:

- a. Coordinar el desarrollo de las políticas, planes y programas que defina el CSSMP respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- b. Discutir y aprobar preliminarmente sobre el Plan de Servicios de Sanidad Militar y el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema.
- c. Analizar y aprobar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del SSM.
- d. Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema.
- e. Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal y emitir concepto sobre los mismos y sus sugerencias para mejorar el desempeño del Subsistema
- f. Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, informes de gestión, informes de entes de Control y emitir recomendaciones y asesoría para el mejoramiento continuo.
- g. Recomendar criterios y mecanismos para la evaluación del servicio de salud prestado a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.
- h. Verificar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias del Subsistema de Salud en el apoyo logístico a las operaciones propias de las Fuerzas Militares, en concordancia con las políticas que adopte el CSSMP.

- i. Analizar la evaluación de la gestión de los Establecimientos de Sanidad Militar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.
- j. Asesorar al Director de Sanidad Militar en los asuntos que a juicio del comité lo ameriten.
- k. Darse su propio reglamento.
- l. Las demás que les señalen la ley y los reglamentos.

**Artículo 20. Funciones asignadas a las Fuerzas Militares en relación al Subsistema de Salud Militar.** El Ejército, Armada Nacional y Fuerza Aérea Colombiana, tendrán las siguientes funciones.

- m. Designar el representante de cada fuerza ante la dirección de aseguramiento, como subdirector de sanidad operacional. El CSSMP asignará las funciones en cada caso.
- n. Poner a disposición del Comando General de las Fuerzas Militares, el personal Militar y Civil asistencial, supra especialistas, especialistas, médicos y odontólogos generales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y otros de las Fuerzas Militares, que a su vez pasaran al control y administración de la dirección del subsistema de sanidad militar.
- o. Disponer de los recursos de infraestructura, equipos y dotación de los hospitales y establecimientos de sanidad militar para la atención de los servicios de salud.
- p. Proveer y brindar los apoyos administrativos, financieros, operativos y locativos, de acceso a las unidades de atención en salud.

**Artículo 21 Subdirecciones de Sanidad Operacional de las Fuerzas Militares.** Las Subdirecciones de Sanidad Operacional de cada una de las Fuerzas, serán dependencias orgánicas y estructurales de las mismas Fuerzas, las cuales cumplirán sus funciones en observancia de las directrices en materia de Salud bajo el Direccionamiento y Control de la Dirección General de Sanidad Militar, y serán las encargadas de administrar la prestación de los servicios de salud que se llevará a cabo a través de la Red de Servicios de Salud Integral.

**Artículo 22. Integración del Hospital Militar Central a la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de las Fuerzas Militares.** Intégrese el establecimiento público denominado Hospital Militar Central a la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de las Fuerzas Militares como una Unidad Especializada de Alta Complejidad para la atención de los servicios y atenciones del plan de salud general y operacional.

**Parágrafo 1°.** La estructura orgánica y funcionalidad de la Unidad Especializada de Alta Complejidad Hospital Militar Central será definida y reglamentada por el Gobierno nacional de acuerdo con las competencias que para tal efecto le otorgue la ley.

**Parágrafo 2°.** Como parte integral y estructural de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de las Fuerzas Militares, la Unidad especializada de alta complejidad Hospital Militar Central tendrá como objeto la prestación integral de los servicios de salud de alto nivel de complejidad a los usuarios, en cumplimiento al modelo de atención en salud del Subsistema de Salud Militar y de acuerdo al ordenamiento de la red prestadora de servicios que determine el Consejo de Salud Militar y Policial.

**Artículo 23. Unidades de Servicios de Salud Militar (URSSM).** Las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo a las políticas, lineamientos y planes de salud que establezca el CSMP, estas funcionaran como una extensión del Asegurador a Nivel Nacional, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Militar de Mayor Nivel, y estará integrada por un tren administrativo, financiero y técnico bajo la Dirección del Asegurador, con el objeto de hacer operativo el Modelo de Salud. Cada Regional estará circunscrita a un territorio, compuesto por los respectivos Establecimientos de Sanidad de las Fuerzas que se confluyen en el mismo, deberán atender a todos los usuarios que requieran atención en salud, sin importar el lugar de adscripción ni la fuerza a la que pertenecen.

**Parágrafo 1°.** Se conformarán por niveles de complejidad de los servicios en salud o atención en salud, cumpliendo integralmente el proceso de atención de los usuarios, con la red interna o mediante la celebración de contratos de prestación de servicios de alta complejidad con red externa pública y privada.

**Parágrafo 2°.** Prestarán sus servicios a los usuarios del Subsistema de Salud Militar que se encuentren bajo su circunscripción y jurisdicción o en cumplimiento de atenciones de urgencia o prestaciones de servicios de salud pertinentes dentro del proceso de referencia y contra referencia a todo el personal del Subsistema de Salud Militar.

**Parágrafo 3°.** La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades de Servicios de Salud Militar (USSM) será determinada por el plan de beneficios aprobado por el CSSMP y su actualización periódica será responsabilidad de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento en Salud de Fuerzas Militares, notificando de la misma al CSMP.

**Parágrafo 4°.** La asignación de los Recursos será realizada directamente por la Dirección General de Sanidad Militar a cada Regional, teniendo en cuenta la caracterización de la Población, situación de salud de los usuarios, adecuación de volumen, territorio, entre otros, acorde al Modelo de Salud. El Asegurador ejercerá control, seguimiento y monitoreo directo a la prestación de los servicios de Salud que se brinden en los Establecimientos de

Sanidad Militar de las Fuerzas y al cumplimiento y ejecución de políticas, a través de cada Regional

**Artículo 24. Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.** Créase la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, como una dependencia orgánica bajo el mando del Director General de la Policía Nacional o su subdirector, que tendrá a su cargo la dirección, administración, mando y control en los aspectos administrativo, presupuestal, técnico, legal, disciplinario y asistencial del subsistema.

**Artículo 25. Funciones de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.** La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional (DISAN) tendrá las siguientes funciones.

- a) Dirigir, planear, administrar y gerenciar el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con sujeción a las políticas, lineamientos, planes y programas emitidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- b) Administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en los términos que establezca la presente Ley y de acuerdo con las políticas y lineamientos que determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- c) Desarrollar el aseguramiento en salud para el personal afiliado al Subsistema de la Policía Nacional mediante la gestión de la afiliación, la gestión y administración del riesgo financiero, la gestión integral del riesgo en salud, la administración de la red prestadora de servicios de salud y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud que se presten dentro del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- d) Administrar y ejercer el control del talento humano al servicio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- e) Presentar las propuestas de ley, decretos, resoluciones, acuerdos, planes y programas necesarios para la administración y funcionalidad, así como los demás actos administrativos que se deban expedir a nivel del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y apoyar en su elaboración según el caso;
- f) Implementar las políticas, lineamientos, planes y programas emitidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y coordinar su desarrollo y ejecución al interior del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- g) Implementar el sistema de costos para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y estructurar la nota técnica de suficiencia de recursos del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;



- h) Elaborar y presentar ante el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el anteproyecto del presupuesto de inversión y funcionamiento para atender el riesgo común, riesgo laboral, riesgo operacional (o derivado del alto riesgo de la profesión) y la medicina laboral;
- i) Coordinar e Implementar las actividades de la calificación de la capacidad psicofísica, de acuerdo con la normatividad vigente en materia de Medicina Laboral y las políticas y criterios establecidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- j) Gestionar y asegurar el cumplimiento de las capacidades técnico-científicas y administrativas de la propia red con sujeción a los recursos disponibles, para prestar servicios con calidad;
- k) Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud al interior del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- l) Presentar a consideración del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional los ajustes correspondientes al Plan de servicios y tecnologías en salud de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, con sujeción a los recursos disponibles;
- m) Implementar el Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Calidad en Salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- n) Administrar y gerenciar el Sistema de Información en Salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, asegurando los reportes de obligatorio cumplimiento con observancia al tratamiento de datos personales establecidos en la normatividad vigente;
- o) Gestionar y realizar las acciones de coordinación intrasectorial e intersectoriales necesarias para desarrollar las actividades de salud pública y las intervenciones en los determinantes de la salud en su población afiliada;
- p) Registrar, validar y actualizar de forma permanente la información del personal afiliado activo, retirado, pensionado y sus beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- q) Coordinar con las dependencias del Ministerio de Defensa Nacional y demás entidades, la gestión para la obtención de los recursos adicionales, con el fin de optimizar el servicio de salud en la Policía Nacional;
- r) Elaborar el proyecto del Plan de Desarrollo Institucional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, para ser presentado preliminarmente ante el Comité de Salud de la Policía Nacional y posterior aprobación ante el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- s) Realizar el seguimiento, evaluación y autocontrol a la Gestión Administrativa, Técnica, Legal y Financiera del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- t) Evaluar y presentar al Comité de Salud de la Policía Nacional el informe de gestión y resultados, de las Regionales de Aseguramiento en Salud y de las Unidades Prestadoras de Salud de la Policía Nacional;
- u) Asegurar el cumplimiento de la Salud Operacional, con la gestión integral de los riesgos propios de la actividad policial;
- v) Garantizar la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- Realizar la planeación y la gestión operativa de la atención en salud, de las redes integradas de servicios, la coordinación funcional de las capacidades en salud y la administración eficiente, racional y costo/ efectiva de los recursos asignados;
- x) Desarrollar las políticas de atención al usuario y participación social e implementar el Sistema de Atención al Usuario en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- y) Realizar anualmente la rendición pública de cuentas sobre el desempeño en el cumplimiento de sus objetivos, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- z) Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos.
- Parágrafo 1º.** La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional a través de las dependencias que la conforman cumplirá las actividades específicas dentro del proceso de Medicina Laboral que determine la Policía Nacional; estas actividades serán definidas mediante reglamentación interna en concordancia con lo establecido en la normatividad vigente. Los recursos humanos, técnicos, materiales y equipo, de infraestructura, y presupuestales que se requieran para el desarrollo de las mismas, serán asignados por la Policía Nacional con cargo a sus propios recursos.
- Parágrafo 2º.** La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional a través de las dependencias que la conforman podrá cumplir funcionalidades específicas dentro del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo o sus equivalentes que determine la Policía Nacional; estas funcionalidades serán definidas mediante reglamentación interna en concordancia con lo establecido en la normatividad vigente. Los recursos humanos, técnicos, materiales y equipo, de infraestructura, y presupuestales que se requieran para el desarrollo de las mismas, serán asignados por la Policía Nacional con cargo a sus propios recursos.

**Artículo 26. Comité de Salud de la Policía Nacional**

El Comité de Salud de la Policía Nacional, como órgano de control, coordinador y de asesoría para Subsistema de Salud de la Policía Nacional, estará integrado por los siguientes miembros:

- a) El Jefe Nacional de Servicio de Policía de la Policía Nacional de la Policía Nacional, o quien haga sus veces;
- b) El Jefe Nacional de Administración de Recursos de la Policía Nacional de la Policía Nacional o quien haga sus veces;
- c) El Jefe de la Oficina de Planeación de la Policía Nacional o quien haga sus veces;
- d) El Jefe Nacional de Desarrollo Humano de la Policía Nacional o quien haga sus veces;
- e) El Jefe del Área Científica y de Atención en Salud del Hospital Central de la Policía Nacional;
- f) Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional;
- g) Un representante del personal de Suboficiales y Nivel Ejecutivo en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional;
- h) Un representante de los patrulleros y agentes en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional;
- i) Un representante del personal no uniformado pensionado afiliado al Subsistema de Salud de la Policía Nacional y de los servidores públicos empleados públicos o trabajadores oficiales de la Policía Nacional.

**Parágrafo 1°.** Participará en las sesiones del Comité de Salud de la Policía Nacional, el Director de Sanidad de la Policía Nacional con voz, pero sin voto.

**Parágrafo 3°.** El Comité de Salud de la Policía Nacional deberá reunirse una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con cinco (5) de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo. El mecanismo para la toma de las decisiones del Comité se realizará de acuerdo con la reglamentación que se emita por parte del Comité de Salud de la Policía Nacional.

**Parágrafo 4°.** Los representantes del personal de oficiales, suboficiales, nivel ejecutivo, patrulleros y agentes en goce de asignación de retiro de la Policía Nacional o de pensión, el representante del personal no uniformado pensionado y de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional, afiliados al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un período de dos años, se fija un máximo de dos períodos consecutivos para los representantes de elección popular.

El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:

1. Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional (CASUR) para los literales f), g) y h), según procedimiento que expida su Consejo Directivo.

El Jefe Nacional de Desarrollo Humano de la Policía Nacional o quien haga sus veces para el literal i), según reglamentación que expida esa Jefatura.

**Artículo 27. Funciones del Comité de Salud de la Policía Nacional.** Son funciones del Comité de Salud de la Policía Nacional las siguientes:

- a) Coordinar el desarrollo e implementación de las políticas, planes y programas que defina el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional respecto del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- b) Aprobar preliminarmente el Plan de tecnologías y servicios en salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, sus actualizaciones y el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- c) Emitir concepto sobre el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo Institucional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional antes de ser presentado a consideración del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional;
- d) Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- e) Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, informes de gestión, informes de entes de Control y emitir las recomendaciones para el mejoramiento continuo;
- f) Realizar la evaluación de la atención en salud y la prestación del servicio de salud de la red prestadora del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- g) Realizar seguimiento a las acciones y planes de mejoramiento en la atención en salud y prestación de los servicios de salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional;
- h) Hacer seguimiento a la Gestión Financiera y Presupuestal del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, emitir concepto y recomendaciones sobre la gestión realizada;
- i) Verificar y coordinar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias de salud en apoyo de las actividades propias del Servicio Policial;

- j) Asesorar a las dependencias de salud que componen el Subsistema de Salud de la Policía Nacional en lo de su competencia.

Expedir su propio reglamento.

Las demás que les señalen la ley y los reglamentos.

**Artículo 28. Unidades de Servicios de Salud Policial (URSSP).** Las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de la Policía Nacional de acuerdo con las políticas, lineamientos y planes de salud que establezca el CSMP, estas funcionarán como una extensión del subsistema policial en nivel asegurador, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Militar de Mayor Nivel, y estará integrada por un tren administrativo, financiero y técnico bajo la dirección del Asegurador, con el objeto de hacer operativo el Modelo de Salud. Cada Regional estará circunscrita a un territorio, compuesto por los respectivos Establecimientos de Sanidad de la Policía Nacional que se confluyen en el mismo, deberán atender a todos los usuarios que requieran atención en salud, sin importar el lugar de adscripción.

**Parágrafo 1º.** Se conformarán por niveles de complejidad de los servicios en salud o atención en salud, cumpliendo integralmente el proceso de atención de los usuarios, con la red interna o mediante la celebración de contratos de prestación de servicios de alta complejidad con red externa pública y privada.

**Parágrafo 2º.** Prestarán sus servicios a los usuarios del Subsistema de Salud Policial que se encuentren bajo su circunscripción y jurisdicción o en cumplimiento de atenciones de urgencia o prestaciones de servicios de salud pertinentes dentro del proceso de referencia y contra referencia a todo el personal del Subsistema de Salud Policial.

**Parágrafo 3º.** La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades de Servicios de Salud Militar (USSP) será determinada por el plan de beneficios aprobado por el CSSMP y su actualización periódica será responsabilidad de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional, notificando de la misma al CSMP.

**Artículo 29. Aseguramiento.** El Aseguramiento en Salud consiste en la gestión de la administración del riesgo financiero, la gestión de la afiliación y el riesgo en salud de los usuarios, gerenciamiento y administración de los recursos humanos, físicos, económicos, la provisión de bienes, insumos y materiales; y la articulación de los servicios que garanticen el acceso y prestación, goce efectivo de los servicios de salud prestados bajo el marco del Modelo de Atención Integral en Salud y del Sistema de Calidad en Salud establecido por el CSSMP.

**Artículo 30. Sistema Integral de Información del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.** El Sistema de información deberá

estar relacionado con las normas, procedimientos y recursos del SSMP, de tal forma que genere y disponga información sobre los procesos de afiliación, aseguramiento financiero, gestión del riesgo en salud, atención y prestación de servicios de salud, atención primaria en salud y vigilancia de salud pública, así, mismo, deberá garantizar el adecuado flujo de información tanto interna como externa.

**Parágrafo.** El Sistema Integral de Información del sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional será implementado en cada uno de los Subsistemas de conformidad con los lineamientos que determine el CSSMP y el Ministerio de Defensa Nacional.

**Artículo 31. Afiliados.** Existen CUATRO (4) clases de afiliados al SSMP:

1. Los afiliados sometidos al régimen de cotización: Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.
  - a. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.
  - b. El personal civil no uniformado activo o pensionado afiliado al SSMP bajo la vigencia de la Ley 263 de 1996.
  - c. El personal civil pensionado por el Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil pensionado de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993.
  - d. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal uniformado en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
  - e. Los beneficiarios sustitutos de asignación de retiro o pensión por muerte del personal retirado o pensionado uniformado de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.
  - f. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, del personal civil pensionado de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993.
2. Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:
  - a. Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional, a que se refieren el artículo 225 del Decreto número 1211 de 1990, el artículo 106 del Decreto número 41 de 1994 y el



artículo 94 del Decreto número 1091 de 1995 y las normas que los deroguen, modifiquen o adicionen, respectivamente.

- b. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio en los términos de la Ley 1861 de 2017 o normas que la modifiquen, adicionen o deroguen.

3. Los cotizantes dependientes:

Serán aquellos que no se encuentren como afiliados o beneficiarios en ningún Sistema de Seguridad Social, ni se encuentren disfrutando de pensión alguna y que hagan parte del núcleo familiar del cotizante no incluidos en el artículo 31 de la presente ley tales como padres de personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que hayan ingresado después del 8 de junio de 1990 en las Fuerzas Militares y 1989 en la Policía Nacional; los enunciados en el párrafo 4° del artículo 31 de la presente ley y los nietos siempre y cuando la madre o padre beneficiario sea menor de 18 años estudiante, haga parte del núcleo familiar del afiliado cotizante y no esté afiliado o afiliada a ningún Sistema de Seguridad Social en Salud, demuestre la dependencia económica del cotizante y que el padre o madre del menor no esté afiliado a ningún Sistema de Seguridad Social en Salud y se demuestre que no tiene dependencia económica para subsistir.

**Parágrafo 1°.** Cuando un afiliado por razones laborales o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) deberá cumplir las condiciones establecidas en el Decreto número 780 de 2016 o normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.

**Parágrafo 2°.** El afiliado cotizante dependiente deberá cancelar el valor de su cotización conforme a lo establecido en el artículo 41 de la presente Ley.

**Parágrafo 3°.** El cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales este obligado a efectuar su cotización para salud, podrá optar por pertenecer al régimen de sanidad militar y de policía, en cuyo caso el valor de la UPC ingresa al fondo cuenta del subsistema según el caso.

**Parágrafo 4°.** Cuando un afiliado cotizante al régimen de excepción tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar, su empleador o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al subsistema de salud militar o de policía según el caso, en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción.

No se admitirá como beneficiarios o beneficiarias del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud. En tal sentido, se dará aplicación a lo dispuesto en el inciso 5° del artículo 2.1.13.5

del Decreto número 780 de 2015 o normas que lo modifiquen o sustituyan., salvo los casos contemplados en el párrafo 4° del artículo 27 de la presente ley.

**Artículo 32. Beneficiarios.** Para los afiliados enunciados en el NUMERAL 1) del artículo 31, serán beneficiarios los siguientes:

- a) El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero (a) solo cuando la unión permanente sea superior a tres (3) años;
- b) Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 que sean estudiantes o que dependan económicamente del afiliado;
- c) Los hijos mayores de 18 años con invalidez, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se hayan establecido dentro del límite de edad de cobertura;
- d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar se extiende a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él.

**Parágrafo 1°.** Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el NUMERAL 3) del presente Artículo, se define como invalidez como la pérdida de capacidad laboral u ocupacional que tiene un individuo para desempeñar un trabajo u actividad. La Dirección de Sanidad de cada una de las Fuerzas y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional se encargarán de calificar el porcentaje de pérdida de capacidad laboral de los beneficiarios, de conformidad con el Manual Único de Invalidez del Sistema General de Seguridad Social contemplado en el Decreto número 1507 de 2014 o norma que lo modifique, adicione o sustituya.

**Parágrafo 2°.** Los afiliados no sujetos al régimen de cotización no tendrán beneficiarios respecto de los servicios de salud.

**Parágrafo 3°.** Los padres del personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que hayan ingresado al servicio con anterioridad a la expedición de los Decretos números 1211 del 8 de junio de 1990 y 096 del 11 de enero de 1989 respectivamente, tendrán el carácter de beneficiarios, siempre y cuando dependan económicamente del Oficial o Suboficial.

**Parágrafo 4°.** Todas aquellas personas que, por declaración judicial de nulidad o Inexistencia del matrimonio, por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos, perdieren el derecho a la prestación de servicios, podrán ser beneficiarias del SSMP siempre y cuando el afiliado cancele, en los términos que fije el CSSMP, el costo total de la PPCD para recibir el plan de servicios de sanidad del SSMP.

**Artículo 33. Derechos de los afiliados y beneficiarios.** Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos derechos consagrados en la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud artículo 10 y los contenidos en el Plan de Benéficos del Sistema de Salud Militar y de Policía.

**Artículo 34. Deberes de los afiliados y beneficiarios.** Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos deberes contemplados en la Ley 1751 de 2015 Estatutaria de Salud, artículo 10 y además los siguientes:

- a. Dar cumplimiento de las acciones que se desarrollen dentro del Modelo de Atención Integral en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que sean competencia del usuario o de su familia, en la prevención de riesgos en salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, paliación y cuidado de la salud.
- b. Cumplir con los requisitos y normas sobre afiliación, registro de la historia familiar y declaración del estado de salud establecidas para el SSMP.
- c. Cumplir las normas establecidas para evitar incurrir en multiafiliación con los otros regímenes especiales y los del Sistema General de Seguridad Social en Salud del cotizante o de sus beneficiarios.
- d. Realizar el pago del valor correspondiente a la cuota única anual o proporcional al término faltante para la anualidad desde la fecha de ingreso, para sus beneficiarios, que se vinculen en calidad de cotizantes dependientes.
- e. Hacer uso racional y adecuado de los servicios médico-asistenciales ofertados, cuidando la infraestructura sanitaria, materiales, bienes e insumos que se destinen para la provisión de los servicios de salud.
- f. Responder por los daños que el afiliado o sus beneficiarios ocasionen en los bienes o instalaciones que sean dispuestos para su atención.
- g. Hacer un uso adecuado e intransferible de los documentos o mecanismos de identificación que lo acreditan como afiliado del SSMP.
- h. Mantener actualizados los datos de contacto en el sistema de información para el despliegue de las acciones en salud.
- i. Respetar y tratar con dignidad la intimidad de los demás pacientes.
- j. Brindar la información clara, oportuna y veraz de las condiciones de salud requeridas para la atención médica y la calificación de la capacidad psicofísica.
- k. Realizar el pago de las cuotas moderadoras conforme a lo establecido en la presente ley y demás normas que la reglamenten.

**Parágrafo 1°.** Cuando los afiliados y beneficiarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional no utilicen los servicios médico asistenciales, el SSMP quedará exonerado de toda responsabilidad y no cubrirá cuenta alguna por concepto de servicios sustitutos de los anteriores. Se exceptúan de esta norma los casos de atención de urgencias.

**Parágrafo 2°.** El derecho a los servicios de salud para los afiliados y beneficiarios enunciados en la presente Ley, se extinguirán por las siguientes causas:

- Para el cónyuge o el compañero (a) permanente:

- Por muerte.
- Por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio,
- por cesación de efectos civiles del matrimonio católico,
- por sentencia judicial de divorcio válida en Colombia o por separación judicial o extrajudicial de cuerpos,
- o cuando no hiciere vida en común con el cónyuge o compañero(a) permanente afiliado.

Para los hijos:

- Por muerte.
- Cuando constituya familia por vínculo natural o jurídico.
- Por haber cumplido la edad límite establecida en esta ley.
- Por independencia económica.

Para los padres:

- Por muerte.
- Por independencia económica del afiliado titular.
- Por afiliación a otro régimen.

**Artículo 35. Situaciones de abuso del derecho.** Constitúyanse como abuso del derecho a la Salud del SSMP las siguientes conductas:

1. Cuando se establezca por parte del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que el afiliado o beneficiario no ha seguido el tratamiento y terapias ordenadas por el médico tratante, no asista a las valoraciones, exámenes y controles o no cumpla con los procedimientos y recomendaciones necesarios para su rehabilitación en al menos el 30% de las situaciones descritas.
2. Cuando el afiliado o beneficiario no asista a los exámenes y valoraciones para determinar la disminución de capacidad laboral y demás aspectos relacionados.
3. Cuando se detecte presunta alteración o posible fraude en alguna de las etapas del curso de la excusa de servicio por incapacidad médica, para lo cual el caso se

pondrá en conocimiento de las autoridades competentes, quedando obligado a ello quien detecte tal situación.

4. La comisión por parte del el afiliado o beneficiario de actos o conductas presuntamente contrarias a la ley relacionadas con su estado de salud.
5. Cuando se detecte fraude al otorgar la excusa de servicio por incapacidad médica.
6. Cuando se detecte durante el tiempo de la excusa de servicio por incapacidad médica que el afiliado se encuentra emprendiendo una actividad alterna que le impide su recuperación y de la cual deriva ingresos.

**Parágrafo.** El procedimiento administrativo frente al abuso del derecho, será reglamentado por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

#### **Artículo 36. Entidades responsables**

- a) Realizar el trámite de Afiliación ante las oficinas responsables al SSMP, a las personas enumeradas en el artículo 31 de la presente ley y registrar a sus respectivos beneficiarios.
- b) Reportar mensualmente la información de la liquidación detallada del periodo de cotización de los aportes en salud de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el artículo 29 de la presente ley, en estructura que defina el CSSMP.

Actualizar y enviar mensualmente la información relacionada de los afiliados, a la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de las Fuerzas Militares o a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y a la Registraduría Nacional del estado Civil, según sea el caso, con el fin de actualizar las novedades de retiro, traslados desafiliación de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el artículo 19 de la presente ley, mantener las coberturas de afiliación y adscripción de los usuarios del SSMP.

#### **Artículo 37. Planes Complementarios de Salud.**

El SSMP permitirá la articulación y cobertura de planes complementarios en salud al Plan General de Sanidad Militar y de la Policía Nacional para sus usuarios, sean estos realizados por el mismo SSMP o por otras empresas administradoras de planes de beneficios, a los cuales se accederá de manera voluntaria; siempre y cuando el Plan Complementario no sustituya al Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial o viceversa.

**Artículo 38. Cotizaciones.** La cotización al SSMP para los afiliados sometidos al régimen de cotización de que trata el literal a) del artículo 31 será del doce punto cinco por ciento (12,5%) mensual calculado sobre el ingreso base. El cuatro por ciento (4%) estará a cargo del afiliado y el ocho punto cinco por ciento (8,5%) restante a cargo del Estado como aporte patronal, el cual se girará al respectivo fondo cuenta a través de la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa Nacional, Comando General de las Fuerzas Militares, Comando del Ejército

Nacional, Comando de la Armada Nacional, Comando de la Fuerza Aérea Colombiana, Dirección General de la Policía Nacional, Prestaciones Sociales del Ministerio de Defensa Nacional, Caja de Retiro de las Fuerzas Militares, Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional y las entidades adscritas o vinculadas al Ministerio.

**Parágrafo 1°.** Se entiende por ingreso base el sueldo básico adicionado con el subsidio familiar, en el caso del personal militar y policial en servicio activo, el personal uniformado y no uniformado de la Policía Nacional y el personal civil; la asignación de retiro para el personal en goce de asignación de retiro o beneficiario de asignación de retiro; la pensión para los pensionados y los beneficiarios de pensión; y la bonificación mensual para soldados voluntarios y el salario mensual para los soldados profesionales.

**Parágrafo 2°.** El monto total de las cotizaciones establecidas en el presente artículo ingresará a los Fondos Cuenta del SSMP según corresponda. El 1.5% de la cotización será trasladado al Fondo de Solidaridad y Garantía para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Artículo 39. Presupuesto Especial del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.** Créase el Presupuesto Especial del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional para completar el financiamiento del Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de que trata la presente ley, teniendo en cuenta que para los regímenes de excepción no aplica el mecanismo de compensación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y las cotizaciones de sus afiliados están parametrizadas para el cubrimiento de un plan básico de atención y no para el Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

**Parágrafo 1°.** Este presupuesto será equivalente como mínimo al veinticinco por ciento (25%) y como máximo al treinta por ciento (30%) del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) aprobada por el Gobierno nacional acorde a la desagregación de la UPC para cada uno de los afiliados cotizantes y sus beneficiarios sometidos al régimen de cotización del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

**Parágrafo 2°.** Anualmente, con la presentación del anteproyecto de presupuesto, el administrador del Fondo Cuenta de cada Subsistema, podrá solicitar el ajuste presupuestal e incremento superior al veinticinco por ciento (25%) que deba ser reconocido por el Gobierno nacional, con base en el estudio técnico de suficiencia de recursos que realice acorde a la metodología que determine el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

**Artículo 40. Presupuesto per cápita del sector defensa.** Créase el Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD) del Sistema de Salud



de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el cual será equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC) promedio general del Sistema General de Seguridad Social en Salud incrementada en un mínimo del veinticinco por ciento (25%) del valor de la UPC promedio general por cada uno de los afiliados no cotizantes, descritos en el literal b) del artículo 39 de la presente ley hasta un treinta por ciento (30%) de valor de la UPC promedio general.

**Parágrafo 1º.** Anualmente con la presentación del anteproyecto de presupuesto, el administrador del Fondo Cuenta de cada Subsistema, se podrá solicitar los ajustes y asignación presupuestal adicional al incremento del veinticinco por ciento (25%) de la UPC promedio general que deban ser reconocidos por el Gobierno nacional con base en los estudios técnicos, en consideración a los programas específicos y riesgos en salud que en materia de salud deban desarrollarse para esta población.

**Parágrafo 2º.** Los recursos asignados descritos en el presente artículo ingresarán al Fondo Cuenta del Subsistema de Salud respectivo y serán destinados a financiar el Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, la provisión de los servicios de Salud Operacional y los programas establecidos para la población de afiliados no cotizantes del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, de conformidad a las políticas y lineamientos que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

**Artículo 41. Presupuesto Operacional del SMP.** El valor de la PPCD operacional será equivalente a la UPC del SGSS incrementado en el cuarenta por ciento (40%) multiplicada por el total de miembros uniformados activos de la Fuerza Pública exceptuando la población no cotizante.

**Parágrafo 1º.** Los recursos recaudados descritos en el artículo 36, serán destinados a financiar el Plan de Salud Operacional de la Fuerza Pública con cargo al SMP de que trata la presente ley, en consideración a la excepcionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y los programas de promoción y prevención de la Sanidad operacional de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

**Parágrafo 2º.** Las Fuerzas Militares y la Policía Nacional dispondrán de los medios necesarios para la evacuación y traslado médico terrestre, fluvial, marítimo o aéreo del personal que se encuentra en desarrollo de operaciones militares y policiales inherentes a su misión constitucional con cargo a sus recursos.

**Artículo 42. Aporte para la atención en salud de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.** El aporte para la atención en salud de accidente de trabajo y enfermedad profesional, las atenciones de salud derivadas de las enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, será el valor equivalente al cinco (5%) del valor total de la nómina de las Unidades Empleadoras de las Fuerzas Militares y

de la Policía Nacional, correspondiente al personal Uniformado.

**Parágrafo.** Una vez se establezca el costo de las atenciones en salud de las actividades de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional con base en los estudios técnicos realizados por el SSMP y presentados por el CSSMP. El Gobierno nacional aprobará el porcentaje de aporte adicional al establecido en el presente artículo, que deba ser reconocido anualmente al SSMP.

**Artículo 43. Aportes del Gobierno nacional.** El Gobierno nacional deberá apropiar los siguientes recursos del presupuesto nacional:

- a. El aporte patronal de las cotizaciones de sus empleados, retirados y pensionados previstos en la presente ley o las normas que lo modifiquen.
- b. La diferencia entre el valor de la PPCD requerida para financiar el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial con relación a la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El monto de estos recursos es el resultado de restar el numeral 2. del numeral 1., de acuerdo con la siguiente metodología de cálculo (1-2):
  - Se multiplica el valor de la PPCD del SSMP por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.
  - Se multiplica el valor de la UPC vigente por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.
- c. El valor de la PPCD de los afiliados no sometidos a régimen de cotización, el cual se establecerá multiplicando el costo de la PPCD del SSMP por el número de afiliados no sometidos al régimen de cotización.
- d. La diferencia del valor de la PPCD operacional con relación a la PPCD para el sector defensa.
- e. El aporte para la prestación de la atención integral en salud de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, no podrá ser inferior al 5% del valor total de la nómina del Ministerio de Defensa Nacional.
- f. Los recursos necesarios de inversión para cubrir los costos de adquisición de predios, la construcción y adecuación de infraestructura de las Unidades de Servicios de Salud Hospitales Militares y de Policía del Sistema de Salud Militar y de la Policía Nacional, costo de la adquisición, renovación y actualización tecnológica, dotación hospitalaria y demás inversiones necesarias para el cumplimiento de los requisitos de capacidad técnico científica en la atención en salud y los demás aspectos que deban cubrir con cargo a estos recursos en cada Subsistema, de conformidad con la reglamentación que expida el CSMP.

- g. El costo de la adquisición y renovación tecnológica y demás inversiones necesarias para mantener y mejorar el servicio.
- h. Los recursos extraordinarios que de acuerdo con las disposiciones presupuestales sitúe el Gobierno nacional para atender las necesidades del SSMP.

**Parágrafo.** El Gobierno nacional en el marco de su política fiscal y mediante la Ley Orgánica de Presupuesto y sus decretos reglamentarios, asignará las apropiaciones presupuestales correspondientes que permitan la ejecución de los recursos presupuestales en concordancia con los ingresos del Sistema de Salud Militar y Policial.

**Artículo 44. Otros ingresos.** Serán otros ingresos los siguientes:

- a. Los derivados de la prestación de servicios a usuarios del SSMP o a particulares, que sean ordenados por las autoridades judiciales y que permita el recaudo o el recobro a otras instancias.
- b. Los derivados de la prestación o venta de servicios ambulatorios y hospitalarios que sean aplicables de acuerdo con lo que determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, así como aquellos recobros que, por atención de urgencias médicas, Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), eventos catastróficos o prestación de servicios sin barreras sean aplicables de acuerdo a la normatividad vigente.
- c. Los derivados de los exámenes de capacidad psicofísica en los eventos contemplados en el artículo 4° del Decreto Ley 1796 de 2000, asumidos conforme a lo establecido en el artículo 34 del mencionado decreto o normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.
- d. Los ingresos asignados por las unidades ejecutoras para la cobertura de los servicios de salud en el exterior del personal uniformado activo y personal civil regido por el Decreto número 1214 de 1990, en comisión del servicio y sus beneficiarios de que trata el artículo 65 de la presente ley.
- e. Los ingresos por cuotas moderadoras realizados por los beneficiarios de los afiliados cotizantes del SSMP.
- f. Los correspondientes a recaudos por rendimientos y excedentes financieros.
- g. Los derivados de transferencias provenientes de las Unidades Ejecutoras del Sector Defensa para contribuir al aseguramiento del SSMP.
- h. Los derivados por convenios docencia servicio y de investigación.
- i. Los derivados de la prestación de servicios de planes complementarios.
- j. Los derivados de donaciones y otros recursos que reciba el SSMP.
- k. Los demás que determinen las normas vigentes.

**Artículo 45. Fondos cuenta del SSMP.** Para los efectos de la operación del SSMP, funcionará el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

Los Fondos Cuenta tendrán el carácter de fondos especiales, sin personería jurídica ni planta de personal. Los recursos de los fondos serán administrados y ejecutados en los términos que determinen el CSSMP, directamente por la DIRECCIÓN DE SANIDAD Y ASEGURAMIENTO DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, y DIRECCIÓN DE SANIDAD Y ASEGURAMIENTO DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL, quienes harán la respectiva asignación de recursos a las unidades regionales de servicios de salud Militar y de Policía, que serán encargadas de ejecutarlos. En todo caso, en la facturación de valores o costos por servicios en salud se debe discriminar si obedece a enfermedad común o enfermedad profesional. Los cuáles serán discriminados y registrados a través de las centrales de costos. Los recursos podrán ser administrados por encargo fiduciario conforme a lo dispuesto en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Ingresarán a cada uno de los Fondos Cuenta los siguientes recursos según sea el caso:

- a. Los ingresos por cotización del afiliado y por cotización correspondiente al aporte del Estado como aporte patronal.
- b. Los aportes del Presupuesto Nacional con destino al respectivo Subsistema contemplados en los artículos 34, 35 y 36.
- c. Recursos derivados de la venta de servicios o donaciones u otros recursos que reciba el Subsistema.

**Parágrafo.** Todos los recursos serán recaudados y transferidos directamente al Fondo Cuenta correspondiente para su distribución y transferencia.

**Artículo 46. Transferencia y distribución de los recursos del SSMP.** Los recursos de los Fondos Cuenta se destinarán exclusivamente al financiamiento del respectivo Subsistema, de acuerdo con las prioridades, presupuesto y los criterios de distribución que apruebe el CSSMP.

**Parágrafo.** Los recursos generados como excedentes financieros del ejercicio presupuestal, serán ejecutados por cada uno de los Fondos Cuenta y el gasto se aplicará de acuerdo a lo descrito en la presente ley y en los términos que establezca y reglamente el CSSMP.

**Artículo 47. Naturaleza jurídica.** El Hospital Militar Central, es un Establecimiento Público del orden Nacional, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, con domicilio en Bogotá, D. C.

**Artículo 48. Objeto.** Como parte integral del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Hospital Militar Central tendrá como objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del SSMP y se constituye en uno de los establecimientos de más alto nivel para la atención de los servicios del sistema de salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.

**Parágrafo 1°.** Para mantener la eficiencia y calidad de los servicios, desarrollará actividades de docencia e investigación científica, con recursos asignados por el Gobierno nacional, independientes a los recursos destinados al fondo cuenta, acordes con las patologías propias de los afiliados al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y sus beneficiarios, según las normas vigentes.

**Parágrafo 2°.** El Hospital Militar Central prestará los servicios de salud que esté en capacidad de prestar de manera directa a los usuarios del sistema de sanidad militar, evitando la tercerización de servicios y cobros de intermediación, mediante la celebración de contratos o convenios interadministrativos a tarifas que compitan con otras instituciones prestadoras de servicios de salud, de igual nivel de complejidad, tecnología y academia. Para el pago de estos servicios, se presentará dentro de términos establecidos en la ley las cuentas respectivas.

**Parágrafo 3°.** El Hospital Militar Central podrá ofrecer servicios a terceros.

**Artículo 49. Funciones.** En desarrollo de su objetivo, el Hospital Militar Central cumplirá las siguientes funciones:

- a. Prestar con prioridad, atención médica a afiliados y beneficiarios del SSMP.
- b. Desarrollar programas en educación médica en pregrado, posgrado, enfermería y en otras áreas relacionadas con los objetivos del SSMP.
- c. Adelantar estudios de investigación científica en áreas médicas, paramédicas y administrativas.
- d. Promover el desarrollo y bienestar del personal que pertenece a la estructura orgánica del Hospital.
- e. Una vez satisfecha la demanda de atención de servicios de salud del subsistema militar y de policía, podrá ofrecer servicios de salud a particulares.

**Parágrafo.** Las funciones del Hospital Militar Central deberán desarrollarse de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos fijados por el CSSMP.

**Artículo 50. Dirección y Administración.** El Hospital Militar Central tendrá como órganos de dirección y administración un Consejo Directivo y un Director General quien será su representante legal. El Consejo Directivo estará conformado por:

- a. El Ministro de Defensa Nacional o su delegado, quien lo presidirá.
- b. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto.
- c. El Segundo Comandante del Ejército Nacional.
- d. El Segundo Comandante de la Armada Nacional.
- e. El Segundo Comandante de la Fuerza Aérea.
- f. El Director General de Sanidad Militar.
- g. El Jefe de la Unidad de Justicia y Seguridad del Departamento Nacional de Planeación.
- h. El Subdirector del Sector Central de la Dirección Nacional de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.
- i. Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.
- j. Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.
- k. Un representante del cuerpo médico o paramédico del Hospital Militar Central escogido por el Ministro de Defensa Nacional de terna presentada por el Director General del Hospital, para un período de dos años.
- l. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos, trabajadores oficiales y pensionados del Hospital Militar Central elegido por sus representados por mayoría de votos y para un periodo de dos años.

**Parágrafo 1°.** Harán parte del Consejo Directivo con voz, pero sin voto, el Director General, los Subdirectores del Hospital Militar Central y los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares.

**Parágrafo 2°.** El Consejo Directivo del Hospital Militar Central deberá reunirse por lo menos una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con siete de sus miembros y en ausencia de su presidente o su delegado, presidirá la reunión el oficial en servicio más antiguo.

**Parágrafo 3°.** La participación de los miembros del Consejo Directivo es indelegable, sin perjuicio de lo establecido en los literales a) y b) del presente artículo.

**Parágrafo 4°.** El personal relacionado en los literales i) y j) serán elegidos bajo la reglamentación que expida la Caja de Retiro de las FF.MM. y el del literal l) será elegido según la reglamentación que para el efecto expida el Director General del Hospital Militar Central.

**Artículo 51. Funciones del Consejo Directivo.** Son Funciones del Consejo Directivo:

- a. Formular la política general del Hospital Militar Central, acorde con las directrices del



- Ministerio de Defensa Nacional, CSSMP, del Plan Nacional de Desarrollo y del Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación.
- b. Formular la política para la prestación de los servicios de salud y el mejoramiento continuo del Hospital, así como los programas orientados a garantizar el desarrollo administrativo.
  - c. Evaluar periódicamente la gestión y la ejecución administrativa del Hospital.
  - d. Proponer al Ministro de Defensa Nacional las modificaciones que considere pertinentes a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal.
  - e. Aprobar u objetar los balances de ejecución presupuestal y los estados financieros y patrimoniales del Hospital.
  - f. Aprobar los anteproyectos de presupuesto de funcionamiento e inversión y los de adición y traslados presupuestales.
  - g. Vigilar y controlar los planes de inversión con arreglo a la Ley y los reglamentos.
  - h. Adoptar el reglamento general sobre prestación de servicios de salud en el Hospital, así como sus modificaciones.
  - i. Autorizar al Director General del Hospital para negociar empréstitos de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.
  - j. Orientar las metas y objetivos del Hospital Militar Central hacia la misión, funciones y actividades que cumplen las Fuerzas Militares.
  - k. Expedir, adicionar y reformar el Estatuto interno.
  - l. Estudiar y aprobar los Planes de Desarrollo.
  - m. Aprobar los Planes Operativos Anuales.
  - n. Analizar y aprobar el Proyecto Anual del Presupuesto.
  - o. Aprobar las tarifas internas y externas de conformidad con los parámetros establecido por el CSSMP.
  - p. Controlar el funcionamiento general del Hospital, velando por la adecuada ejecución y desarrollo de su objeto social y de las políticas del CSSMP.
  - q. Estudiar y aprobar los balances de cada ejercicio; examinar las respectivas cuentas de conformidad con las normas vigentes y emitir concepto sobre los mismos y hacer las sugerencias para mejorar el desempeño Institucional.
  - r. Aprobar la organización interna del Hospital, su reglamento interno y su planta de personal, para su posterior aprobación por parte del Gobierno nacional.
  - s. Supervisar el cumplimiento de los planes y programas.
  - t. Enviar al Presidente de la República, la terna de candidatos para Director General.
  - u. Darse su propio reglamento.
  - v. Las demás que le señale la Ley y los Reglamentos.
- Artículo 52. Director General.** El Director General del Hospital Militar Central es agente del Presidente de la República, será nombrado de terna enviada por la Junta Directiva del Hospital Militar Central y ejercerá, además de las que le corresponden como Director General de establecimiento público conforme a la ley, las siguientes funciones:
- a. Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la ejecución de planes y programas y el cumplimiento de las funciones generales del Hospital.
  - b. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente, oportuna, equitativa y de calidad.
  - c. Ordenar los gastos, dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones del Hospital de conformidad con las normas vigentes.
  - d. Nombrar y vigilar el personal subalterno, de acuerdo con las normas vigentes.
  - e. Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional y el CSSMP.
  - f. Desarrollar las políticas de salud y los programas que establezca el CSSMP y Consejo Directivo del Hospital.
  - g. Establecer mecanismos de control y calidad a los servicios de salud para garantizar a los usuarios atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.
  - h. Representar al Hospital judicial y extrajudicialmente y nombrar los apoderados que demande la mejor defensa de los intereses de la Institución.
  - i. Nombrar al personal y dar aplicación al régimen disciplinario previsto en las disposiciones legales.
  - j. Presentar a consideración del Consejo Directivo las modificaciones necesarias a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal, de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales y reglamentarias.
  - k. Velar por que la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente, oportuna, equitativa y de calidad.
  - l. Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional, el CSSMP y su Consejo Directivo.
  - m. Las demás que le señale la ley y el Estatuto Interno.

**Parágrafo.** Para ejercer el Cargo de Director General del Hospital Militar Central se requiere ser Oficial General o de Insignia u Oficial Superior de las Fuerzas Militares en actividad o en goce de asignación de retiro, además profesional del nivel universitario, especializado o con experiencia en administración de servicios de salud.

**Artículo 53. Régimen de personal.** Las personas vinculadas al Hospital Militar Central tendrán el carácter de empleados públicos o trabajadores oficiales conforme a las normas vigentes, aunque en materia salarial y prestacional deberán regirse por el régimen especial establecido por el Gobierno nacional.

**Artículo 54. Patrimonio y recursos.** Los recursos y el patrimonio del Hospital Militar Central estarán conformados por:

- a. Las partidas que se le destinen en el presupuesto nacional.
- b. La venta de servicios de salud al personal afiliados y sus beneficiarios, al subsistema de sanidad militar y de Policía.
- c. Los bienes que actualmente posee y los que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.
- d. Los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud a particulares, docencia e investigación científica.
- e. Los ingresos provenientes de la venta de elementos que produzca el Hospital y el arrendamiento de las áreas que le son propias.
- f. Los ingresos provenientes de empréstitos internos o externos que el Gobierno obtenga con destino al Hospital.
- g. Los ingresos provenientes de las donaciones y subvenciones que reciba de las entidades públicas y privadas, Nacionales o Internacionales y de personas naturales.
- h. Los bienes muebles e inmuebles que le retorne el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y que corresponden a los bienes que actualmente utiliza para el desempeño de sus actividades el Hospital Militar Central.
- i. Los ingresos que obtenga por la ejecución de convenios interadministrativos celebrados con otras entidades públicas y con las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la atención de los afiliados al SSMP y por la ejecución de contratos suscritos con entidades o personas privadas.
- j. Los demás bienes que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.

**Artículo 55. Régimen legal.** El régimen presupuestal, contractual y de control fiscal del Hospital Militar Central será el mismo establecido en la Ley para los establecimientos públicos del orden nacional.

**Artículo 56. Incentivos.** El Gobierno nacional podrá establecer un régimen de estímulos, los cuales

en ningún caso constituirán salario, con el fin de fijar incentivos para promover el eficiente desempeño de los profesionales de la salud y los empleados del Hospital Militar Central. También podrá establecer estímulos para capacitación continua y créditos para la adquisición de vivienda y transporte.

**Artículo 57. Control y vigilancia.** Sin perjuicio del control ejercido por otros funcionarios o dependencias, la Superintendencia Nacional de Salud vigilará y controlará la prestación de servicios y el cumplimiento de las normas técnicas, científicas y administrativas por parte del Hospital Militar Central, con sujeción a las mismas normas previstas para el Sistema General de Seguridad Social en Salud en cuanto sean compatibles.

#### MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

**Artículo 58. Modelo de atención en salud del SSMP.** El Modelo de Atención en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, deberá cumplir los lineamientos que disponga el Ministerio de Salud, se establecerá por el CSSMP y será implementado por cada Subsistema, con enfoque en las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), prevención de la enfermedad, vigilancia y control del daño, atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, la gestión del riesgo y la provisión de servicios mediante la Gestión transparente de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de complejidad de la Red de Servicios Propia y contratada.

**Artículo 59. Medicina Laboral.** Es el área funcional de la Dirección de Sanidad de cada una de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, encargada de la calificación de la capacidad psicofísica para el ingreso, permanencia y retiro de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal que presta el servicio militar, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, sin perjuicio de lo establecido en el Decreto número 1796 de 2000 o norma que lo modifique, adicione o sustituya. Adicionalmente, asesorará en la determinación del tiempo de incapacidad y de invalidez del personal, de conformidad con las normas vigentes.

**Parágrafo 1°.** Las actividades y servicios de salud para el desarrollo de la Medicina Laboral estarán a cargo de cada Fuerza y de la Policía Nacional, a través de las unidades ejecutoras que se desempeñen como empleadores y serán desarrolladas conforme a la reglamentación que expida el Gobierno nacional para tal fin y de la normatividad vigente.

**Parágrafo 2°.** Se exceptúan del parágrafo 1° los exámenes a los aspirantes a las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, los cuales serán asumidos por el propio aspirante.

**Parágrafo 3°.** Cuando se trate de exámenes de capacidad psicofísica por retiro, estos se realizarán exclusivamente dentro del territorio nacional y será obligación de la Dirección de Se hace necesaria la incorporación de un artículo que contemple a medicina laboral como parte del plan de beneficios que oferta la Dirección de Sanidad.

**Artículo 60. Calificación del origen de la enfermedad.** El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, a través de cada uno de sus Subsistemas de Salud, hará la calificación del origen de la enfermedad en primera oportunidad a los afiliados con asignación de retiro y pensionados con otra vinculación laboral o contractual y afiliados por sustitución de asignación de retiro o pensión y personal no uniformado afiliado al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que en consecuencia realicen aportes a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o quien la reemplace, así como a los funcionarios regidos por la Ley 100 de 1993 con servicios de salud de cada Subsistema.

**Artículo 61. Del componente de la gestión del modelo.** La gestión del modelo de la atención comprenderá el aseguramiento de las bases de datos de usuarios del SMP, gestión del riesgo en salud, análisis de la situación en salud, el aseguramiento financiero, la eficiencia de la gestión presupuestal, fortalecimiento de la gestión en competencias del talento humano, adecuación de la oferta y demanda en talento humano, infraestructura, equipos y dotación; así como los lineamientos para el ordenamiento de la red prestadora.

**Artículo 62. Del componente de la atención del modelo.** El componente de la atención dentro del SMP, deberá permitir el cumplimiento de los planes, programas y actividades descritas en la presente ley y en los lineamientos que determine al respecto el CSMP. Los elementos estructurales que contendrá este componente son:

- a. Procedimientos para el acceso, agendamiento, y central de citas.
- b. Procedimiento para la atención de los servicios de baja, mediana y alta complejidad, determinando los procedimientos y actividades de accesibilidad directa, atención en urgencias.
- c. Redes integradas de servicios de salud.
- d. Procedimiento para la atención en salud operacional de acuerdo con cada Subsistema.

**Artículo 63. Del sistema de garantía de calidad de la prestación de servicios del SMP.** Se define como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos que desarrolla el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, para garantizar la prestación de servicios en salud con las características y atributos de calidades definidas por el CSMP, deberá asegurar la prestación de todos los servicios de salud, incluidos los planes de beneficios a los usuarios del SSMP, sin distinción de tipo de usuario.

**Artículo 65. Historias clínicas.** A partir de la proclamación de la presente ley, las historias clínicas de los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional deberán ser manejadas de forma digital.

**Artículo 66. Prestación de servicios de salud en el territorio nacional.** La prestación de los servicios de salud por parte del SSMP solo se hará dentro del territorio nacional.

**Parágrafo 1°.** La prestación de los servicios de salud para el personal activo y sus beneficiarios, que se encuentren en comisión en el exterior de conformidad con los estatutos de carrera, será asumida por el empleador correspondiente mediante el procedimiento que establezcan para tal fin.

**Parágrafo 2°.** La prestación de los servicios de salud para los usuarios del SSMP que se encuentren en el exterior, no está contemplada en los beneficios del plan integral de salud, por lo tanto, el SSMP no pagará ni reembolsará ningún valor que se cause por la prestación de servicios de salud”.

**Artículo 67. Recobro de servicios.** Cuando el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional realice prestación de servicios de salud a usuarios afiliados a otras Empresas Promotoras de Salud o regímenes de excepción, procederá a solicitar el pago de los gastos incurridos con dicha prestación.

**Artículo 68. Atención de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral.** La atención en salud y prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo y enfermedad laboral del personal uniformado activo de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, serán prestados por cada Subsistema según corresponda, en todas las etapas de su atención hasta su rehabilitación funcional. Para aquellos casos en los que exista personal afiliado no uniformado que reciba las prestaciones de salud en el SSMP y este se encuentre afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales, el SSMP efectuará los recobros a las Administradoras de Riesgos Laborales correspondientes.

**Artículo 69. Riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.** La ADRES pagará los servicios que preste el SSMP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que lo adicionen o modifiquen. Los casos de urgencia generados en acciones terroristas ocasionados por bombas y artefactos explosivos ocurridos en actos de servicio también serán cubiertos por la ADRES.

**Artículo 70. Régimen de contratación para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.** El régimen contractual de las entidades con delegación para contratar del SSMP, será de derecho privado con aplicación de los principios de la función administrativa de que trata el artículo 209 de la Constitución Política y principios de la contratación estatal previstos en el artículo 23 y siguientes de la Ley 80 de 1993 o



norma que lo sustituya y estará sometido al régimen de inhabilidades e incompatibilidades previsto en la normatividad vigente para la contratación estatal.

**Artículo 71. Control y vigilancia.** Sin perjuicio del control ejercido por otros funcionarios o dependencias, la Superintendencia Nacional de Salud efectuará la inspección vigilancia y control al SSMP, dentro de los términos de su competencia y acorde a las normas propias de este Régimen de Excepción.

**Artículo 72. Transitoriedad.** El Ministerio de Defensa Nacional, dispondrá de las medidas y promoverá las acciones que sean indispensables para la reglamentación e implementación en los dos años siguientes a la aprobación y firma de la presente ley, de tal manera que las funciones y responsabilidades de salud seguirán siendo atendidas por las dependencias actualmente responsables de las mismas.

**Parágrafo 1º.** Se establecen las siguientes reglas transitorias para el SSMP:

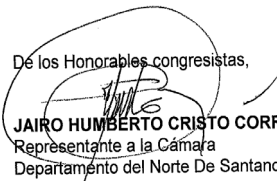
- a. Los Acuerdos expedidos por el CSSMP con anterioridad a la fecha de publicación de esta ley, continuarán vigentes hasta tanto se modifiquen, adicionen o deroguen.


- b. Los Acuerdos expedidos por el CSSMP con anterioridad a la fecha de publicación de esta ley, continuarán vigentes hasta tanto se modifiquen, adicionen o deroguen.
- c. El Gobierno nacional destinará los presupuestos creados en la presente ley a los fondo-cuenta de cada Subsistema a partir de la fecha establecida en el presente artículo.

Las cuotas moderadas se aplicarán al personal descrito en la presente ley, a partir de la fecha de implementación de la presente ley.

**Artículo 73. Vigencia.** La presente ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias.

De los Honorables congresistas,

  
**JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA**  
Representante a la Cámara  
Departamento del Norte De Santander

  
**ALFREDO MONDRAGÓN GARZÓN**  
Representante a la Cámara  
Departamento del Valle

  
**BETSY JUDITH PÉREZ ARANGO**  
Representante a la Cámara  
Departamento del Atlántico