



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA
www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXIX - N° 682

Bogotá, D. C., martes, 11 de agosto de 2020

EDICIÓN DE 24 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 171 DE 2020 CÁMARA

por medio de la cual se transfieren competencias a los Defensores de Familia para descongestionar los despachos judiciales y se dictan otras disposiciones.

TRÁMITE DEL PROYECTO

Origen: Congresual

Autor: S. Richard Aguilar Villa

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. OBJETO.

Transferir competencias que se encuentran en cabeza de los Jueces de Familia a los Defensores de Familia del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar – ICBF, con el fin de agilizar procesos y descongestionar la Rama Judicial.

2. FUNDAMENTOS DE DERECHO

2.1 Constitución Política de Colombia

ARTICULO 2o. Son fines esenciales del Estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo.

Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias, y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

ARTICULO 29. El debido proceso se aplicará a toda clase de actuaciones judiciales y administrativas.

Nadie podrá ser juzgado sino conforme a leyes preexistentes al acto que se le imputa, ante juez o tribunal competente y con observancia de la plenitud de las formas propias de cada juicio.

<p><i>En materia penal, la ley permisiva o favorable, aun cuando sea posterior, se aplicará de preferencia a la restrictiva o desfavorable. Toda persona se presume inocente mientras no se la haya declarado judicialmente culpable. Quien sea sindicado tiene derecho a la defensa y a la asistencia de un abogado escogido por él, o de oficio, durante la investigación y el juzgamiento; a un debido proceso público sin dilaciones injustificadas; a presentar pruebas y a controvertir las que se alleguen en su contra; a impugnar la sentencia condenatoria, y a no ser juzgado dos veces por el mismo hecho.</i></p> <p>ARTICULO 44. <i>Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.</i></p> <p><i>La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.</i></p> <p><i>Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás.</i></p> <p>ARTÍCULO 116. <i>La Corte Constitucional, la Corte Suprema de Justicia, el Consejo de Estado, la Comisión Nacional de Disciplina Judicial, la Fiscalía General de la Nación, los Tribunales y los Jueces, administran Justicia. También lo hace la Justicia Penal Militar.</i></p> <p><i>El Congreso ejercerá determinadas funciones judiciales.</i></p> <p><i>Excepcionalmente la ley podrá atribuir función jurisdiccional en materias precisas a determinadas autoridades administrativas. Sin embargo, no les será permitido adelantar la instrucción de sumarios ni juzgar delitos.</i></p>	<p><i>Los particulares pueden ser investidos transitoriamente de la función de administrar justicia en la condición de jurados en las causas criminales, conciliadores o en la de árbitros habilitados por las partes para proferir fallos en derecho o en equidad, en los términos que determine la ley.</i></p> <p>2.2 Ley 1098 de 2006</p> <p>El Código de Infancia y Adolescencia tiene como finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Faculta a los Comisarios y Defensores de Familia para velar por el reconocimiento de los derechos de los menores, reconocidos en la Constitución, Tratados internacionales y la Ley.</p> <p>2.3 Decreto 4840 de 2007</p> <p>Reglamenta lo relacionado con las competencias concurrentes entre los Defensores de Familia y los Comisarios de Familia, atendiendo al componente misional de cada uno de ellos, para lograr una atención digna y humana, así como la optimización y el aprovechamiento de los recursos humanos, técnicos y presupuestales.</p> <p>2.4 Ley 1878 de 2018</p> <p>Modifica algunas disposiciones de la Ley 1098, en relación con el procedimiento administrativo de restablecimiento de derechos, proceso de adopción, conciliación, entre otros.</p> <p>2.5 Estatuto Integral del Defensor de Familia</p> <p>Tiene como finalidad exponer los lineamientos jurídicos y administrativos de la labor de los Defensores de Familia, contiene el objeto de la figura y sus deberes frente a los niños, niñas y adolescentes y la entidad.</p> <p>3. JUSTIFICACIÓN.</p> <p>El Defensor de Familia es el director del procedimiento administrativo de restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes. Es el servidor público que se encarga de ejecutar la protección y garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes, además</p>
<p>de promover la integración armónica de la familia, a partir de su asesoría e intervención. Por su parte, el jurista Eduardo García Sarmiento (1991) determina la importancia de la función del Defensor de Familia como una pieza clave en la Jurisdicción de Familia, en los siguientes términos:</p> <p><i>“Organismos protectores del menor: Constituye un sistema de protección de los menores y señala como órgano rector al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, que funge por medio del titular Defensor de Familia, quizá el funcionario administrativo que en este campo recibe mayores poderes con lo que también exige mayores deberes, y de cuya capacitación, seriedad y convicción depende el éxito o el fracaso de las normas”¹.</i></p> <p>Desde esa óptica, las Defensorías de Familia son vistas como los órganos de intervención estatal especializadas en la defensa y la restauración, en algunos casos, de los derechos de niños, niñas y adolescentes, y en ejercicio de sus competencias logran movilizar a todos los actores institucionales, públicos y privados para tal fin. Adicionalmente, el artículo 79 del Código de la Infancia y la Adolescencia las define como dependencias del ICBF con una naturaleza multidisciplinaria, las cuales cuentan con equipos técnicos interdisciplinarios, integrados por psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas.</p> <p>Por otra parte, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, en sus instructivos publicados a través de su portal web, define al Defensor de Familia como una instancia que busca atender eficazmente a los niños, niñas o adolescentes a quienes se les han vulnerado sus derechos, con el fin de evitar secuelas traumáticas en el futuro. La acción de este funcionario debe ir orientada a cuatro aspectos: prevención, protección, garantía de derechos y restablecimiento de derechos.</p> <p>Las actuaciones de estos servidores públicos se rigen bajo el Código Disciplinario Único.</p> <p>El Código de Infancia y Adolescencia, en el artículo 81, consagra los deberes de los Defensores, a su cargo, tienen las obligaciones de:</p> <p>1. Dirigir el proceso, velar por su rápida solución, adoptar las medidas conducentes para impedir la paralización y procurar la mayor economía procesal, so pena de incurrir en responsabilidad por las demoras que ocurran.</p>	<p>2. Hacer efectiva la igualdad de las partes en el proceso, usando los poderes que la ley le otorga.</p> <p>3. Prevenir, remediar y sancionar por los medios que señala la ley, los actos contrarios a la dignidad de la justicia, lealtad, probidad y buena fe que deben observarse en el proceso, lo mismo que toda tentativa de fraude procesal.</p> <p>4. Emplear las facultades que la ley le otorga en materia de pruebas, siempre que estime conducente y pertinente para verificar los hechos alegados por las partes y evitar nulidades y providencias inhibitorias.</p> <p>5. Guardar reserva sobre las decisiones que deban dictarse en los procesos, so pena de incurrir en mala conducta.</p> <p>6. Dictar las providencias dentro de los términos legales; resolver los procesos en el orden en que hayan ingresado a su despacho, salvo prelación legal; fijar las audiencias y diligencias en la oportunidad legal, y asistir a ellas.</p> <p>3.1 Funciones específicas</p> <p>“Los Defensores de Familia tienen como funciones aquellas encaminadas a la prevención, protección, garantía y restablecimiento de los derechos, las cuales se concretan en actuaciones administrativas y de policía que les corresponden como integrantes del I.C.B.F., y en acciones judiciales, administrativas, civiles, penales y de jurisdicción de familia, relativas a la adopción, alimentos, conciliaciones, denuncias penales, asistencia en los procesos del sistema de responsabilidad penal de adolescentes, y en general, toda la gama de intervenciones previstas en el artículo 82 y demás normas concordantes del Código de la Infancia y la Adolescencia”².</p> <p><u>FUNCIONES ADMINISTRATIVAS</u></p> <p>3.1.1 Conciliación</p> <p>Se encarga de la conciliación extraprocesal en asuntos relacionados con obligaciones entre cónyuges, compañeros permanentes, padres e hijos, entre otros. Adicionalmente, dentro</p>

¹ E. García Sarmiento (1991)., *La jurisdicción de familia y alimentos*, Librería editorial el foro de la justicia, Bogotá

² ICBF. Estatuto Integral del Defensor de Familia. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/estatuto_defensor.htm#:~:text=Los%20Defensores%20de%20Familia%20tienen,acciones%20judiciales%2C%20administrativas%2C%20civiles%2C

<p>de sus actuaciones administrativas debe aprobar “ las conciliaciones en relación con la custodia y cuidado personal del niño, el establecimiento de las relaciones materno o paterno filiales, la determinación de la cuota alimentaria, la fijación provisional de residencia separada, la suspensión de la vida en común de los cónyuges o compañeros permanentes, la separación de cuerpos y de bienes del matrimonio civil o religioso, las cauciones de comportamiento conyugal, la disolución y liquidación de sociedad conyugal por causa distinta de la muerte del cónyuge y los demás aspectos relacionados con el régimen económico del matrimonio y los derechos sucesorales, sin perjuicio de la competencia atribuida por la ley a los notarios”³.</p> <p>3.1.2 Familia</p> <p>En el mismo sentido, el Estatuto Integral del Defensor de Familia manifiesta las funciones en materia de familia, en los procesos de reconocimiento voluntario de hijos extramatrimoniales, debe citar al presunto padre y de darse el reconocimiento, deberá ordenar la inscripción en el acta. Adicionalmente, deberá representar a los menores en las actuaciones administrativas cuando: carezcan de representante legal, cuando haya incapacidad del representante o cuando quien genere la vulneración de derechos sea el representante.</p> <p>3.1.3 Medidas de restablecimiento</p> <p>Será el encargado del restablecimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes, cuando por alguna circunstancia se vean vulnerados, declarará la adoptabilidad del menor y autorizará la adopción según lo prevea la Ley⁴.</p> <p>3.1.4 Materia Internacional</p> <p>Dará los permisos de salida del país cuando no se requiera la intervención del juez, será el encargado de las acciones correspondientes cuando el menor se encuentre retenido fuera del país por su representante legal (padres u otros) y prestará apoyo en los consulados cuando se adelanten procesos de alimentos o pasaporte en el exterior.</p> <hr/> <p>³ Ibidem ⁴ Ibidem</p>	<p><u>FUNCIONES JUDICIALES</u></p> <p>3.1.5 Atribuciones - Jurisdicción Penal</p> <p>El Estatuto Integral del Defensor de Familia expresa las funciones judiciales de los Defensores, en materia penal, el Defensor de Familia tiene tres grandes funciones: primero, asume la asistencia y protección del menor cuando este ha cometido algún delito; segundo, deberá denunciar si advierte que el menor ha sido víctima de algún delito y será querellante cuando el sujeto pasivo no pueda acudir a la jurisdicción o en el delito de inasistencia alimentaria.</p> <p>3.1.6 Atribuciones - Jurisdicción de Familia</p> <p>El Defensor de Familia intervendrá en los procesos o casos en que sea solicitado por el Juez de Familia, como son los de⁵:</p> <p>a) Cuando el hijo de familia deba litigar en contra de quien ejerce la patria potestad;</p> <p>b) Emancipación judicial del menor;</p> <p>c) Aprobación de la división de una herencia o de bienes raíces que el menor posea pro indiviso con otros;</p> <p>d) Sucesión y petición de herencia.</p> <p>e) Procesos de filiación</p> <p>f) Investigación de Paternidad</p> <p>g) Impugnación de paternidad y maternidad, entre otros. En todo caso, el Defensor de Familia será citado al juicio siempre que se discutan derechos de los niños, niñas o adolescentes</p> <p>También, en los casos en que el pupilo lo solicite en caso de que los actos del curador le resulten perjudiciales o cuando el juez deba ordenar medidas cautelares en procesos de alimentos.</p> <hr/> <p>⁵ Ibidem</p>
<p>3.2 Cifras</p> <p>Actualmente Colombia cuenta con 1.250 Defensores de familia⁶ que están trabajando en todo el país, así mismo, el ICBF cuenta con 33 Regionales y 214 Centros Zonales⁷ para atender casos de Familia, lo cual no solo corresponde a una situación positiva en materia de protección de derechos, sino que con el traslado de las competencias de que trata el presente proyecto de ley, se puede alivianar la carga a los Juzgados de Familia, teniendo en cuenta que, “por cada 100.000 habitantes se tienen apenas, en promedio, 11 jueces”⁸.</p> <p>CENTROS ZONALES DEL ICBF</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regional de Amazonas (3) • Regional Arauca (3) • Regional Atlántico (9) • Regional Bogotá (19) • Regional Bolívar (9) • Regional Boyacá (13) • Regional Caldas (7) <hr/> <p>⁶ RCN Radio. (2019) ICBF anuncia más defensores de familia para descongestionar despachos. Disponible en: https://www.rcnradio.com/colombia/icbf-anuncia-mas-defensores-de-familia-para-descongestionar-despachos#:~:text=Colombia%20cuenta%20actualmente%20con%20cerca%20de%201.250%20defensores%20de%20familia.&text=El%20Instituto%20Colombiano%20de%20Bienestar.derechos%20que%20tiene%201%20g%20entidad.</p> <p>⁷ ICBF. El instituto. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/instituto#:~:text=El%20Instituto%20Colombiano%20de%20Bienestar.en%20condiciones%20de%20amenaza%20de%20inobservancia</p> <p>⁸ Fracasó la política pública de descongestión judicial”. dice el Contralor General, Contraloría General de la Nación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regional Caquetá (5) • Regional Casanare (3) • Regional Cauca (8) • Regional Cesar (7) • Regional Chocó (6) • Regional Cundinamarca (15) • Regional Córdoba (8) • Regional Guainía (1) • Regional Huila (5) • Regional La Guajira (6) • Regional Meta (6) • Regional Nariño (10) • Regional Norte de Santander (6) • Regional Putumayo (4)

<ul style="list-style-type: none"> • Regional Quindío (3) • Regional Risaralda (5) • Regional San Andrés (1) • Regional Santander (12) • Regional Sucre (5) • Regional Tolima (12) • Regional Valle (15) • Regional Vaupés (1) • Regional Vichada (1) <p>3.3 Jueces de Familia</p> <p>Los Jueces de Familia conocen de procesos en única y en primera instancia (código general del proceso: artículo 21 y 22)</p> <p>ARTÍCULO 21. COMPETENCIA DE LOS JUECES DE FAMILIA EN ÚNICA INSTANCIA. Los jueces de familia conocen en única instancia de los siguientes asuntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De la protección del nombre de personas naturales. 	<ol style="list-style-type: none"> 2. De la suspensión y restablecimiento de la vida en común de los cónyuges y la separación de cuerpos y de bienes por mutuo acuerdo, sin perjuicio de la competencia atribuida a los notarios. 3. <u>De la custodia, cuidado personal y visitas de los niños, niñas y adolescentes, sin perjuicio de la competencia atribuida a los notarios.</u> 4. De la autorización para cancelar el patrimonio de familia inembargable, sin perjuicio de la competencia atribuida a los notarios. 5. <u>De la citación judicial para el reconocimiento de hijo extramatrimonial, prevista en la ley.</u> 6. <u>De los permisos a menores de edad para salir del país, cuando haya desacuerdo al respecto entre sus representantes legales o entre estos y quienes detenten la custodia y cuidado personal.</u> 7. <u>De la fijación, aumento, disminución y exoneración de alimentos, de la oferta y ejecución de los mismos y de la restitución de pensiones alimentarias.</u> 8. De las medidas de protección de la infancia en los casos de violencia intrafamiliar, cuando en el lugar no exista comisario de familia, y de los procedimientos judiciales para el restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes. 9. De las controversias que se susciten entre padres o cónyuges, o entre aquellos y sus hijos menores, respecto al ejercicio de la patria potestad y los litigios de igual naturaleza en los que el defensor de familia actúa en representación de los hijos. 10. De las diferencias que surjan entre los cónyuges sobre fijación y dirección del hogar, derecho a ser recibido en este y obligación de vivir juntos. 11. De la revisión de la declaratoria de adoptabilidad. 12. De la constitución, modificación o levantamiento de la afectación a vivienda familiar, sin perjuicio de la competencia atribuida a los notarios. 13. De la licencia para disponer o gravar bienes, en los casos previstos por la ley. 14. De los asuntos de familia en que por disposición legal sea necesaria la intervención del juez o este deba resolver con conocimiento de causa, o breve y sumariamente, o con prudente juicio o a manera de árbitro. 15. Del divorcio de común acuerdo, sin perjuicio de la competencia atribuida a los notarios. 16. De los conflictos de competencia en asuntos de familia que se susciten entre defensores de familia, comisarios de familia, notarios e inspectores de policía. 17. De la protección legal de las personas con discapacidad mental, sin perjuicio de la competencia atribuida por la ley a los notarios. 						
<ol style="list-style-type: none"> 18. Homologación de decisiones proferidas por otras autoridades en asuntos de familia, en los casos previstos en la ley. 19. La revisión de las decisiones administrativas proferidas por el defensor de familia, el comisario de familia y el inspector de policía en los casos previstos en la ley. 20. Resolver sobre el restablecimiento de derechos de la infancia cuando el defensor de familia o el comisario de familia hubiere perdido competencia. <p>El presente proyecto de ley busca transferir las competencias de los Jueces de Familia en única instancia, que se encuentran en los numerales 3, 5, 6 y 7.</p> <p>3.4 Congestión en los juzgados</p> <p>“El estándar internacional señalado por la OECD es que se tengan 65 jueces por cada 100.000 habitantes y, en nuestro país, por cada 100.000 habitantes se tienen apenas en promedio 11 jueces, indicó el Contralor General, al intervenir en el XXV Encuentro de la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, que tuvo lugar en Santa Marta⁹. Las congestiones que se presentan en los juzgados significan un proceso negativo para las respuestas de las demandas, lo cual genera incomodidad y atraso en resolver los casos que resultan ser muy importantes.</p> <p>Las competencias que podrían transferirse, de los juzgados de familia al ICBF, son relativamente cercanas, lo cual no dispone de un cambio total, pues los defensores actualmente conocen estos procesos. Sin embargo, cuando no se logra una conciliación entre las partes se debe acudir al juez.</p> <p>Por otro lado, al remitirse a las “Cifras del Consejo Superior de la Judicatura, estas señalan que la congestión judicial en 2017, por la acumulación de procesos no atendidos a tiempo, superó el 45%; en 2016, fue de 37%; en 2015, de 45%; en 2014, de 48%; en 2013, de 47%; y en 2012, de 46%¹⁰.</p>	<p>El nivel de retraso de los procesos en los que se vencieron los términos por atenderse de manera tardía, en el año 2017 fue del 0,3%; en 2016, de 0,4%; en 2015, de 3%; en 2014, de 6%; en 2013, de 5%; y en 2012, de 11%. “Los jueces justifican esta situación responsabilizando a la falta de personal y al cierre en 2015 de los juzgados de descongestión”.¹¹</p> <p>Los procesos judiciales en Colombia tardan mucho tiempo en resolverse, lo que se debe a la alta congestión de los juzgados. Esto vulnera el derecho de acceso a la justicia y genera problemas para el ciudadano que requiere una pronta solución por parte de la justicia, se estima que el repesamiento supera los 15.000 procesos (2018)¹². “El tiempo promedio para resolver un proceso judicial en Colombia es de 1.288 días (4 años), 735 más que la media de los países de la OCDE. Para reducir este tiempo y lograr una justicia rápida y oportuna, se deben adelantar importantes cambios”.¹³</p> <p>“De acuerdo con las encuestas sobre legitimidad y credibilidad publicadas de la Corporación Excelencia en la Justicia - Fuente Gallup Poll Colombia-, la opinión ciudadana acerca del sistema judicial en Colombia ha crecido en desfavorabilidad, al pasar de un 55% en febrero de 2010 a un 80% en diciembre de 2018, correlativamente, la favorabilidad ha disminuido del 38 al 17% en el mismo periodo¹⁴. Sobre lo anterior, es posible afirmar que la credibilidad en la Rama Judicial, es muy baja; por lo cual, resulta pertinente generar una descongestión en el área de Juzgados de Familia, para trasladar competencias a los Defensores de Familia del ICBF.</p> <table border="1" data-bbox="828 1978 1453 2125"> <thead> <tr> <th colspan="2">Juzgados Familia del Circuito¹⁵</th> </tr> <tr> <th>DEPARTAMENTO</th> <th>CANTIDAD</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ATLÁNTICO</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	Juzgados Familia del Circuito ¹⁵		DEPARTAMENTO	CANTIDAD	ATLÁNTICO	8
Juzgados Familia del Circuito ¹⁵							
DEPARTAMENTO	CANTIDAD						
ATLÁNTICO	8						
<p>⁹ Contraloría General de la República. (2019). Fracaso la política pública de descongestión judicial”. dice el Contralor General. Disponible en: https://www.contraloria.gov.co/contraloria/sala-de-prensa/boletines-de-prensa/boletines-de-prensa-2019/-/asset_publisher/9iOzcpbPKrRW/content/-/fracaso-la-politica-publica-de-descongestion-judicial-dice-el-contralor-general?inheritRedirect=false</p> <p>¹⁰ El Espectador. (2018). Estudio advierte que tres de cada diez colombianos se toman la justicia por cuenta propia. Disponible en: https://www.elespectador.com/noticias/judicial/estudio-advierte-que-tres-de-cada-diez-colombianos-se-toman-la-justicia-por-cuenta-propia/</p>	<p>¹¹ Diario de occidente (2018). En Colombia, ¿fracasó el sistema judicial?. Disponible en: https://edictosyavisosdelev.occidente.co/en-colombia-fracaso-el-sistema-judicial/</p> <p>¹² Fundación Carlos Lleras. Política pública de justicia. Disponible en: http://www.fundacioncarloslleras.com/wp-content/uploads/2018/01/politica-publica-de-justicia.pdf</p> <p>¹³ IBIDEM</p> <p>¹⁴ Corporación y excelencia por la justicia. Disponible en: https://cej.org.co/</p> <p>¹⁵ Rama Judicial. Disponible en: https://www.ramajudicial.gov.co/juzgados-familia-del-circuito</p>						

BOGOTÁ	32
BOLIVAR	7
BOYACÁ	3
CALDAS	7
CAQUETÁ	2
CASANARE	2
CAUCA	3
CESAR	3
CHOCÓ	2
CÓRDOBA	1
CUNDINAMARCA	5
HUILA	5
MAGDALENA	4
ANTIOQUIA	21
META	4
NARIÑO	6
NORTE DE SANTANDER	5
PUTUMAYO	1
QUINDIO	5
RISARALDA	5
SUCRE	1

TOLIMA	6
VALLE DEL CAUCA	14
SANTANDER	8

3.5 Atribución excepcional de función jurisdiccional

El artículo 116 de la Constitución Política permite de forma excepcional atribuir funciones jurisdiccionales a autoridades administrativas en materias precisas. Esta disposición no se permite para instrucción de sumarios o el juzgamiento de delitos. El legislador previó esta medida con el fin de descongestionar los juzgados y aplicar conocimientos más técnicos.

Sobre el particular, la Corte Constitucional, en la Sentencia C-156 de 2013, determinó:

“Su desarrollo debe efectuarse cumpliendo tres condiciones o tres grupos de condiciones, así: En primer término, debe respetar un principio de excepcionalidad, asociado a (i) la reserva de ley en la definición de funciones (incluidos los decretos con fuerza de ley), (ii) la precisión en la regulación o definición de tales competencias; y (iii) el principio de interpretación restringida o restrictivita de esas excepciones. En segundo lugar, la regulación debe ser armónica con los principios de la administración de justicia, entre los que se destacan (iv) la autonomía e independencia judicial; (v) la imparcialidad del juzgador; y (vi) un sistema de acceso a los cargos que prevea un nivel determinado de estabilidad para los funcionarios judiciales. Y, por último, debe ajustarse al principio de asignación eficiente de las competencias, el cual se concreta en un respeto mínimo por la especialidad o la existencia de un nivel mínimo de conexión entre las materias jurisdiccionales y las materias administrativas en las que potencialmente interviene el órgano. Esa conexión debe ser de tal naturaleza, que asegure el derecho a acceder a un juez competente, y que, a la vez, brinde garantías suficientes de independencia de ese juzgador.”¹⁶

¹⁶ Corte Constitucional. C-153/13. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-156-13.htm>

No obstante, la Corte ha fijado unas limitaciones para la atribución jurisdiccional, en las cuales se restringe: la suplantación total de la Rama Judicial e intervenir de tal forma que se ponga en riesgo la imparcialidad y la autonomía.

Bibliografía

Constitución Política de Colombia. (1991). Congreso de la República. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991_pr003.html#116

Ley 1098 (2006). Código de la Infancia y Adolescencia. Congreso de la República. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm#:~:text=Por%20la%20cual%20se%20expide,la%20Infancia%20y%20la%20Adolescencia.&text=DECRETA%3A,LIBRO%20I.&text=Este%20C%C3%B3digo%20tiene%20por%20finalidad,de%20felicidad%2C%20amor%20y%20comprensión%3%B3n.

E. García Sarmiento (1991)., *La jurisdicción de familia y alimentos*, Librería editorial el foro de la justicia, Bogotá

ICBF. Estatuto Integral del Defensor de Familia. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/estatuto_defensor.htm#:~:text=Los%20Defensores%20de%20Familia%20tienen,acciones%20judiciales%2C%20administrativas%2C%20civiles%2C

El Espectador (2018). Estudio advierte que tres de cada diez colombianos se toman la justicia por cuenta propia. Disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/judicial/estudio-advierte-que-tres-de-cada-diez-colombianos-se-toman-la-justicia-por-cuenta-propia/>

Diario de occidente (2018). En Colombia, ¿fracasó el sistema judicial?. Disponible en: <https://edictosyavisosdeley.occidente.co/en-colombia-fracaso-el-sistema-iusdial/>

Fundación Carlos Lleras. Política pública de justicia. Disponible en: <http://www.fundacioncarloslleras.com/wp-content/uploads/2018/01/politica-publica-de-justicia.pdf>

Corporación y excelencia por la justicia, <https://cei.org.co/>

Rama Judicial. Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/juzgados-familia-del-circuito>

Corte Constitucional. C-153/13. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/C-156-13.htm>

ICBF. Estatuto Integral del Defensor de Familia. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/estatuto_defensor.htm#:~:text=Los%20Defensores%20de%20Familia%20tienen,acciones%20judiciales%2C%20administrativas%2C%20civiles%2C

TEXTO PROPUESTO

Proyecto de Ley No. ____ de 2020 Cámara

“Por medio de la cual se transfieren competencias a los Defensores de Familia para descongestionar los despachos judiciales y se dictan otras disposiciones”

El Congreso de Colombia

Decreta

CAPÍTULO I

Artículo 1. Objeto: La presente ley tiene por objeto transferir competencias que se encuentran en cabeza de los Jueces de Familia a los Defensores de Familia del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar – ICBF, con el fin de agilizar procesos y descongestionar la Rama Judicial.

Artículo 2. Elimínense los numerales 3, 5, 6 y 7 del artículo 21, de la Ley 1564 del 2012.

Artículo 3º. Adiciónese un artículo nuevo a la Sección 2 - FUNCIONAMIENTO Y COMPETENCIAS DE LAS DEFENSORÍAS DE FAMILIA Y DE LAS COMISARÍAS DE FAMILIA, del

<p>Capítulo 9 del Título 3 de la Parte 2 del Libro 2, del Decreto Único Reglamentario 1069, de 2015, del siguiente tenor:</p> <p>Artículo nuevo. <i>Procesos de única instancia en materia de familia.</i> Los Defensores de Familia conocerán en única instancia de los siguientes asuntos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De la custodia, cuidado personal y visitas de los niños, niñas y adolescentes, sin perjuicio de la competencia atribuida a los notarios. 2. De la citación judicial para el reconocimiento de hijo extramatrimonial, prevista en la ley. 3. De los permisos a menores de edad para salir del país, cuando haya desacuerdo al respecto entre sus representantes legales o entre estos y quienes detentan la custodia y cuidado personal. 4. De la fijación, aumento, disminución y exoneración de alimentos, de la oferta y ejecución de los mismos y de la restitución de pensiones alimentarias. <p style="text-align: center;">CAPITULO II.</p> <p style="text-align: center;">DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS</p> <p>Artículo 4°. Adiciónese un artículo nuevo a la Ley 1098 de 2006, del siguiente tenor:</p> <p style="padding-left: 20px;">Artículo 100A. En los procesos administrativos de restablecimiento de derechos, de competencia de los Defensores de Familia, se procederá así:</p> <p style="padding-left: 20px;">Cuando se trate de asuntos que puedan conciliarse, el defensor de familia o, en su caso, el inspector de policía citará a las partes, por el medio más expedito, a audiencia de conciliación que deberá efectuarse dentro de los diez días siguientes a la presentación de la solicitud. Si las partes concilian se levantará acta y en ella se dejará constancia de lo conciliado y de su aprobación.</p> <p style="padding-left: 20px;">Fracasado el intento de conciliación, o transcurrido el plazo previsto en el inciso anterior sin haberse realizado la audiencia, y cuando se trate de asuntos que no la admitan, el funcionario citado procederá a establecer mediante resolución motivada las obligaciones de protección al menor, incluyendo la obligación provisional de alimentos, visitas y custodia.</p>	<p>Si se declara fracasada la audiencia de conciliación el Defensor de Familia señalará fecha y hora para que en una sola audiencia se sanee el proceso, se decreten las pruebas solicitadas por las partes y las que de oficio se consideren, se escuchen a las partes y se profiera la decisión administrativa que en derecho corresponda.</p> <p>Artículo 6°. Expresada la oposición en la audiencia frente a la decisión proferida, el expediente deberá ser remitido al Juez de Familia competente, para homologar el fallo, de lo contrario, quedará ejecutoriado el acto administrativo, conforme a la ley.</p> <p>Artículo 7°. Son parte en estos procesos especiales el solicitante, la persona requerida o demandada, su defensor y el agente del Ministerio Público.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO III</p> <p>Artículo 8°. El Gobierno Nacional, vía decreto, otorgará un incremento salarial a los Defensores de Familia en razón de las funciones que cumplen y las nuevas que asumen en virtud de la presente ley.</p> <p>Artículo 9°. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar creará el cargo de abogado sustanciador en los despachos de los Defensores de Familia, el cual podrá ser desempeñado por los estudiantes de las facultades de Derecho, en desarrollo de su judicatura.</p> <p>Artículo 10°. En los aspectos no regulados por la presente ley son aplicables las disposiciones del Código General del Proceso.</p> <p>Artículo 11°. Vigencia: La presente ley rige a partir de su promulgación.</p> <p>Del Congresista:</p> <div style="text-align: center;">  RICHARD AGUILAR VILLA Senador de la República Autor </div>
---	--

PROYECTO DE LEY NÚMERO 172 DE 2020 CÁMARA

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.

<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY No. _____ DE 2020 CÁMARA</p> <p>"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"</p> <p style="text-align: center;">El Congreso de la República de Colombia</p> <p style="text-align: center;">DECRETA:</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO I DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO I OBJETO, NATURALEZA Y PRINCIPIOS</p> <p>ARTÍCULO 1°. OBJETO. El objeto del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), 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 para todos los afiliados y sus beneficiarios; así, como el servicio de salud inherente a la función propia de la actividad Militar y de Policía.</p> <p>ARTÍCULO 2°. DEFINICIÓN DEL SISTEMA. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, es el conjunto interrelacionado y armónico de principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias, procedimientos, facultades, obligaciones, derechos, deberes, financiamiento, controles, información y evaluación, que el Estado disponga para la garantía y materialización del derecho fundamental de la salud del personal afiliado y sus beneficiarios.</p> <p>ARTÍCULO 3°. NATURALEZA. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz, con calidad y humanizada, para la preservación, el mejoramiento, investigación científica y la promoción de la salud. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública 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 todos los seres humanos. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política y la ley estatutaria 1751 de 2015, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.</p> <p>ARTÍCULO 4°. PRINCIPIOS. Serán principios orientadores para la prestación de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud la Fuerza Pública los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad. 	<ol style="list-style-type: none"> 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 diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. 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. e. Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida. f. 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. g. 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. h. Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido anidada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas. i. Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse de manera adecuada, oportuna, personalizada, integral, continua y sin dilaciones. j. 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. k. 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. l. Libre elección. Los beneficiarios tienen la libertad de elegir sus instituciones de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación. m. 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.
---	---

<p>n. Solidaridad. El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.</p> <p>o. Eficiencia. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública 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.</p> <p>p. La integralidad. Los servicios y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, tratar, paliar, curar, rehabilitar la enfermedad sin restricciones y con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada.</p> <p>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.</p> <p>ARTÍCULO 5°. CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS. Serán características propias del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) las siguientes:</p> <p>a. Autonomía. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) es autónomo y se regirá de conformidad con lo establecido en la constitución, Ley 1751 de 2015 y la presente Ley.</p> <p>b. Integración funcional. Las entidades que componen el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, 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 Superior de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>c. 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 la presente ley y El Consejo Superior de Salud de las Fuerza Pública.</p> <p>d. Unidad. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) tendrá unidad de gestión, de tal forma que, aunque la prestación de servicios se realice en forma descentralizada, 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.</p> <p>e. Excepcionalidad. Serán características propias y excepcionales del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) la sanidad en campaña, la medicina aeroespacial, la medicina naval y del buceo para las</p>	<p>Fuerzas Militares; y las actividades de salud para los grupos operativos de la Policía Nacional. Se incluyen las actividades de planeamiento médico, inteligencia médica y logística médica para el desarrollo de las mismas.</p> <p>f. Descentralización y Desconcentración. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) prestará los servicios en forma descentralizada o contratada y desconcentrada en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional, con el fin de optimizar la utilización de los recursos, obtener economías de escala 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 la Fuerza Pública.</p> <p>g. Subsidiaridad y complementariedad. Los Subsistemas de Salud de la Fuerza Pública desarrollarán sus funciones de manera coordinada con los demás operadores de los servicios de salud de los sectores público y privado, de conformidad con el principio de subsidiaridad y complementariedad.</p> <p>h. Referencia y contrarreferencia. El régimen de referencia y contra referencia es el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) reglamentará las modalidades de solicitud de servicios.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO II</p> <p style="text-align: center;">COMPOSICIÓN, AUTORIDADES Y ÓRGANOS ENCARGADOS DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA</p> <p>ARTÍCULO 6°. COMPOSICIÓN DEL SISTEMA. - El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM), el Subsistema de Salud de la Policía Nacional (SSPN) y los usuarios del Sistema.</p> <p>PARAGRAFO. 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 del mismo.</p> <p>ARTÍCULO 7°. Crease el Viceministerio de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública. El viceministro se desempeñará como delegado del Ministro de Defensa, en la presidencia del CSSFP.</p> <p>PARÁGRAFO: Las funciones del Viceministro de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública serán las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dentro del marco de sus competencias dicta normas para integrar, adoptar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar, ejecutar y evaluar las políticas de salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), en los ámbitos administrativos, operacionales, asistenciales, financieros y técnicos. Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del sector Administrativo, operacional y asistencial de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.
<ol style="list-style-type: none"> Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de Salud y Protección del sistema de salud nacional de la Fuerza Pública en Colombia. Formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud operacional y asistencial, riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información del Sistema Nacional de salud de la Fuerza Pública. Formular, adoptar y evaluar la política farmacéutica, de medicamentos, de dispositivos, de insumos y tecnología biomédica, y establecer y desarrollar mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de los mismos. En coordinación con el Comando General de las Fuerzas Militares y Policía Nacional, formular y evaluar la política de talento humano en salud de la Fuerza Pública, en coordinación con la Dirección de Sanidad del Sistema de salud de la Fuerza Pública y los Subsistemas, establecimientos de salud militar y policial competentes, que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones en salud de la Fuerza Pública. Participar en la formulación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud del sistema de salud nacional de la Fuerza Pública. Participar en la formulación y evaluación de la política para la definición de los sistemas de afiliación, protección al usuario, aseguramiento y sistemas de información del sistema de salud nacional de la Fuerza Pública. Formular la política de salud relacionada con el aseguramiento en riesgos profesionales. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados al sistema de salud nacional de la Fuerza Pública a cargo del Ministerio. Definir y reglamentar los sistemas de información del Sistema Nacional de Salud la Fuerza Pública. Promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de los miembros de la Fuerza Pública y sus beneficiarios en materia de salud. Proponer y desarrollar, en el marco de sus competencias, estudios técnicos e investigaciones para la formulación, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos en materia de salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública. Administrar los fondos, cuentas y recursos de administración del Sistema Nacional a cargo del Ministerio. Las demás funciones asignadas por la Constitución y la Ley. <p>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, éste tendrá a su cargo la función de:</p> <ol style="list-style-type: none"> Preparar los proyectos de Ley y de Decretos relacionados con la salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. 	<ol style="list-style-type: none"> Adoptar las normas necesarias para supervisar, evaluar y controlar el SNSFP, en los ámbitos administrativos, financieros y técnicos. <p>ARTÍCULO 9°. CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA. Se establece con carácter permanente el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), como máximo órgano rector del SNSFP. El CSSFP estará integrado por los siguientes Miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro de la Salud de la Fuerza Pública como su delegado, quien lo presidirá. El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su Viceministro como su delegado. El Ministro de Salud o el Viceministro como su delegado. El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto como su delegado. El Comandante del Ejército Nacional o el Segundo Comandante como su delegado. El Comandante de la Armada Nacional o el Segundo Comandante como su delegado. El Comandante de la Fuerza Aérea o el Segundo Comandante como su delegado. El Director General de la Policía Nacional o su delegado. El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado. Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente. Un representante del personal de Oficiales de Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente. Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente. Un representante del personal de Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente. Un representante del personal de Soldados Voluntarios, soldados profesionales y sus equivalentes Infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente. Un representante del personal de Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del agente fallecido o su suplente.

<p>p. Un representante del personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, o de la Policía Nacional regido por el Decreto 1214 de 1990; uno de sus beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente.</p> <p>q. Un representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales del Ministerio de Defensa afiliado al Sistema de Salud de la Fuerza Pública, las viudas o beneficiarios sustitutos de pensión o su suplente.</p> <p>r. Dos profesionales de la salud, uno con especialización en Administración Pública Hospitalaria y uno en Salud Pública, designado por la Academia Nacional de Medicina o el Ministerio de Salud y seguridad social.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Harán parte del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) con voz, pero sin voto el Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Director del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Director del Hospital Militar Central y el Director del Hospital Central de Policía Nacional. Además de lo anterior el Presidente del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) podrá invitar a las personas que considere necesarias.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Consejo Superior de Salud de Fuerza Pública un representante de las Veedurías Nacionales en Salud del Sistema de Nacional Salud de la Fuerza Pública. Este representante tendrá voz, pero no voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El CSSFP se reunirá obligatoriamente una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente o siete (7) de sus miembros con derecho a voz y voto. Se establece quorum mínimo de diez miembros, para sesionar y tomar decisiones válidas.</p> <p>PARÁGRAFO 4. Los representantes del personal descrito en el presente artículo serán elegidos a nivel nacional por mayoría de votos y para un periodo 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 de los representantes descritos en el literal j), l) y n) estará a cargo de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. El proceso de elección de los representantes referidos en el literal p) y q) estará a cargo del Ministerio de Defensa Nacional. El proceso de elección de los representantes k), m) y o) estará a cargo de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 5. Los representantes de los retirados o pensionados, viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido y su suplente, elegidos por voto popular para integrar el CSSMP y los Comités del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional que deban desplazarse para las sesiones ordinarias y extraordinarias tendrán derecho a que se les reconozca el valor de los pasajes, estadias y alimentación cuando viajen a la ciudad de Bogotá u otras ciudades donde se convoquen estas sesiones de estos organismos de dirección y administración. Este gasto será a cargo del respectivo fondo cuenta a través de la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 6. Los miembros que actúen en calidad de delegados o suplentes de titulares del Consejo Superior o comités de salud de las Fuerzas Militares o la Policía Nacional no podrán delegar esta responsabilidad.</p> <p>ARTÍCULO 10°. FUNCIONES DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA. Son funciones del CSSFP las siguientes:</p>	<ol style="list-style-type: none"> Definir la visión, misión, políticas, planes, programas y prioridades generales del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). Definir mediante Acuerdos los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) en todas sus dependencias, de manera concertada con las direcciones de los subsistemas desalud, el Director del Hospital Militar y el Director del Hospital Central de la Policía. Aprobar el Anteproyecto de presupuesto de los componentes del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). Aprobar el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP) y los planes complementarios de salud, con sujeción a los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud en el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). Aprobar el proyecto del plan de desarrollo del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). Determinar y reglamentar el funcionamiento de los Fondos Cuenta creados por la presente Ley. Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) con base en los presupuestos disponibles en forma equitativa. Aprobar los parámetros para adoptar las tarifas internas y externas en compra y venta de servicios de salud para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). Emitir los lineamientos de referencia y contra referencia para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). Reglamentar los exámenes médicos laborales que se refieren en el Decreto 094 de 1989 o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen. Disponer las políticas, estrategias, y programas de salud en apoyo de las operaciones militares y del servicio policial en cuanto al Plan básico de atención en salud, riesgos profesionales y enfermedades catastróficas o de alto costo. Aprobar el Plan nacional de sistematización de la información del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP). Fijar los criterios a tener en cuenta para la elaboración del informe anual de epidemiología y morbilidad que deben expedir los subsistemas desalud Establecer los criterios a tener en cuenta para identificar el valor de la UPC (unidad de pago por capitación), que deben expedir los subsistemas de salud de la fuerza pública en caso de que no se acoja al valor de la UPC que expide el gobierno nacional para el régimen general desalud. Expedir su propio reglamento. Aprobar los planes de medicina prepagada que se establezcan en el SNSFP, previo estudio que deberá presentar el Director de cada Subsistema Determinar anualmente los parámetros que aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios del Sistema y
<p>autorizar a las entidades y a los Establecimientos de Sanidad que conforman el SNSFP para la prestación de servicios de salud a terceros.</p> <p>18. Las demás que le señalen la Ley y los reglamentos.</p> <p>PARÁGRAFO 1. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) en la asignación de los recursos del presupuesto de inversión dará prioridad al fortalecimiento de infraestructura de los establecimientos de sanidad militar y policial.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), en ejercicio de sus facultades, no podrá desmejorar los beneficios y garantías del servicio de salud contemplados en las normas anteriores a la presente ley para los usuarios del Sistema Nacional de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 3. Quienes hagan parte del CSSFP, no pueden a la vez integrar los comités de los subsistemas de salud de las fuerzas militares y de policía como principales, ni como suplentes.</p> <p>ARTÍCULO 11°. SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA. La Secretaría Técnica del CSSFP será ejercida por el funcionario que designe el Ministro de Defensa Nacional. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Actuar como Secretario en las reuniones del Consejo y de sus comisiones. Comunicar la convocatoria a las sesiones del Consejo conforme al reglamento y a las instrucciones impartidas por su Presidente. Elaborar y suscribir las actas de las reuniones del CSSFP. Llevar el archivo de todos los documentos, las actas, actos administrativos y demás actuaciones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública. Recopilar e integrar los informes, estudios y documentos que deban ser examinados o sometidos a aprobación del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública. Enumerar los Acuerdos del Consejo y ordenar su publicación en la Gaceta del Consejo Superior. Las demás que se le señalen en las normas legales y reglamentarias. <p>PARÁGRAFO. Para ser Secretario Técnico del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública se requiere acreditar profesión o especialidad afín a ciencias de la salud.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO III</p> <p style="text-align: center;">DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES</p> <p>ARTÍCULO 12°. INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES (SSFM). El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección del Subsistema de Salud Fuerzas Militares, el Comandante del Ejército Nacional, el Comandante de la Armada Nacional, el Comandante de la Fuerza Aérea Colombiana, la Unidad Especializada del Hospital Militar Central y los establecimientos de sanidad militar.</p> <p>ARTÍCULO 13°. COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES EN RELACIÓN</p>	<p>CON EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. tendrá como funciones, en relación al recurso humano con que cuentan las fuerzas militares las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Asignar en comisión del servicio a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el personal Militar y civil que constituye el recurso humano sanitario de las fuerzas, supra especialistas, especialistas, médicos, tecnólogos, técnicos, auxiliares y personal administrativo Supervisar y evaluar la gestión de la dirección del Subsistema. Verificar asiduamente el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del CSSFP, resoluciones ministeriales, acuerdos del CSSFP y directivas de la Dirección del Subsistema de salud. 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 Comando General de las Fuerzas Militares. <p>ARTÍCULO 14°. DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Constitúyase La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, cuyo objeto es administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, así como ejercer la dirección en materia de salud asistencial y operacional, aseguramiento, 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 CSSFP bajo la coordinación del Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>La DSSFM 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.</p> <p>ARTÍCULO 15°. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares tendrá a su cargo las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dirigir, planear, gerenciar, administrar y controlar integralmente el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Administrar el talento humano al servicio del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Proyectar, dirigir, orientar y evaluar los planes, programas y proyectos que serán presentados al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública. Garantizar el aseguramiento en salud promoviendo el desarrollo del Subsistema y su sostenibilidad. 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.

<p>7. Organizar y coordinar el sistema de costos, facturación, información y garantía de calidad del Subsistema.</p> <p>8. Administrar el Fondo - Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>9. Asegurar la prestación de los servicios de salud individual y colectiva con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, idoneidad, continuidad.</p> <p>10. Realizar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del subsistema.</p> <p>11. 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 de la Fuerza Pública, así como fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.</p> <p>12. Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSSFP.</p> <p>13. Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud.</p> <p>14. Elaborar y someter a consideración del CSSFP los Planes de Beneficios con sujeción a los recursos disponibles.</p> <p>15. Implementar y mantener actualizado el Sistema de Información, registro y afiliación al interior del Subsistema, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias, y enviar mensualmente la información relativa a los afiliados y beneficiarios, al Comité de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>16. Diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno para su organización y ejercicio en el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>17. 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.</p> <p>18. Dirigir y coordinar el control y seguimiento a la gestión asistencial, operativa, financiera, técnica, administrativa, legal, sobre la ejecución y la relación costo-efectividad.</p> <p>19. Asegurar el cumplimiento del Plan de Salud Operacional de la Fuerzas Militares y el apoyo logístico.</p> <p>20. 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> <p>21. 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.</p> <p>22. Administrar y direccionar el Sistema de Información para el Subsistema, dirigir su operación y funcionamiento de conformidad con sus necesidades.</p>	<p>23. Gestionar y administrar las fuentes de financiamiento establecidas en la presente ley y los recobros al ADRES y demás aseguradores.</p> <p>24. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero del Subsistema.</p> <p>25. Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos.</p> <p>ARTÍCULO 16°. COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares como órgano asesor del SSFM, estará integrado por los siguientes miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Inspector General de las FF.MM, quien lo presidirá. 2. El Director de Personal del Ejército Nacional. 3. El Director de Personal de la Armada Nacional. 4. El Director de Personal de la Fuerza Aérea. 5. El Jefe de la Oficina de Planeación del Ministerio de Defensa Nacional. 6. El Subdirector científico del Hospital Militar Central. 7. Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente. 8. Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente. 9. Un representante del personal de soldados profesionales y sus equivalentes Infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente. 10. Un representante del personal civil no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional regido por el Decreto 1214 de 1990; uno de sus beneficiarios de pensión por muerte o de sobreviviente o su suplente. 11. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares. <p>PARÁGRAFO 1. El Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Director del Hospital Militar Central, el Director del Subsistema Operacional y el Director de Subsistema Asistencial podrán asistir por derecho propio a las reuniones del CSSFM con derecho a voz, pero sin voto.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Ningún funcionario activo o representante del personal retirado principal o suplente, que integre el CSSFP, puede ser titular ante el Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares deberá reunirse una vez cada dos meses de manera ordinaria o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con seis 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. En</p>
<p>el evento en que el Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (CSSFM) no sea convocado de conformidad con lo previsto en el presente artículo, éste se reunirá por derecho propio previa convocatoria de la tercera parte de sus miembros.</p> <p>PARÁGRAFO 4. 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 periodos consecutivos.</p> <p>El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para los literales g), h) e i), según reglamentación que expida la Dirección del subsistema. 2. Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional para el literal j) y k), o quien haga sus veces, según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional. <p>PARÁGRAFO 5. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares un representante de las veedurías nacionales en salud. Este representante no tendrá voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa</p> <p>ARTÍCULO 17°. FUNCIONES DEL COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Son funciones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el desarrollo de las políticas, planes y programas que defina el CSSFP respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 2. Estructurar el Plan de beneficios con relación al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema. 3. Analizar y aprobar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. 4. Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema. 5. Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal y emitir conceptos y sugerencias sobre los mismos para mejorar el desempeño del Subsistema. 6. 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. 7. 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. 8. 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 CSSFP. 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Atender y tramitar ante los órganos de dirección del subsistema las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios que sean de su conocimiento sobre el funcionamiento del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, solicitar ante las autoridades competentes las investigaciones a que haya lugar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora. 10. Analizar la evaluación de la gestión de los Establecimientos de Sanidad Militar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora. 11. Asesorar al Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los asuntos de su competencia. 12. Elaborar su propio reglamento. 13. Las demás que les señalen la Ley y los reglamentos. <p>ARTÍCULO 18°. FUNCIONES ASIGNADAS A LAS FUERZAS MILITARES EN RELACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Ejército, Armada Nacional y Fuerza Aérea Colombiana, tendrán las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Postular ante el 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 Salud de las Fuerzas Militares. 2. 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. 3. Proveer y brindar los apoyos administrativos, financieros, operativos y locativos, de acceso a las unidades de atención en salud. <p>ARTÍCULO 19°. SUBDIRECCIÓN DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Subdirección de Salud Operacional de las Fuerzas Militares, será una dependencia orgánica y estructural 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 del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. Serán las encargadas de administrar la prestación de los servicios de salud que se llevará a cabo a través de la Prestación de Servicios de Salud Integral, la Medicina Laboral y Salud Operacional.</p> <p>PARÁGRAFO. Entiéndase por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones militares y las actividades de salud especializada que tiene por objeto promover, prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los miembros de las Fuerzas Militares, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada fuerza, incluyendo entre otras, salud en campaña, medicina naval y medicina de aviación.</p> <p>ARTÍCULO 20°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Serán funciones de la Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, en relación con la Salud de las Fuerzas Militares en el nivel prestador las que le asigne la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO. Las Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares tendrá las funciones de coordinar el desarrollo y operación de la Medicina Laboral y definición de Situación Médico Laboral del personal de su respectiva Fuerza,</p>

conforme a las facultades que le fueron conferidas por el Decreto Ley 1795 de 2000; Además de esto deberán coordinar y asesorar en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene en el trabajo o sus equivalentes al personal militar activo de la fuerza en el desarrollo de sus acciones. La Subdirección asesorará y coordinará intersectorialmente las acciones de gestión ambiental que realice la fuerza, dirigidas a la población militar activa, además realizará las demás que le asigne su propia fuerza.

ARTÍCULO 21°. SUBDIRECCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares Se encarga de definir las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (territorio, asegurador, prestador), brindar asistencia sanitaria a la población mediante la prevención de la enfermedad, la atención clínica de los usuarios y el mantenimiento de la salud de los mismos a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las usuarios, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.

ARTÍCULO 22°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares responsable entre otras funciones, de la formulación de políticas, programas y proyectos de inversión en salud, familia, infancia, adolescencia, envejecimiento, vejez, y riesgos ambientales. Apoya la preparación de normas sobre organización, funcionamiento y gestión institucional requeridas para adelantar las políticas, planes, programas y proyectos. De igual manera, da soporte técnico a la conformación, consolidación y mantenimiento del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y al Manejo Social del Riesgo a nivel nacional, y brinda asistencia técnica en aspectos específicos frente a la demanda de las entidades del sector de salud del SNSFP en relación con las políticas de contratación.

ARTÍCULO 23°. 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 del Subsistema de 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 a las competencias que para tal efecto le otorgue la ley.

PARÁGRAFO 2°. Como parte integral y estructural de la Dirección del Subsistema de 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 Superior de Salud de la Fuerza Pública.

ARTÍCULO 24°. UNIDADES REGIONALES DE SERVICIOS DE SALUD MILITAR – URSSM: Créense las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares de acuerdo a las políticas, lineamientos y planes de salud que establezca el CSSFP, estas funcionaran como una extensión de la Dirección a Nivel Nacional, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Militar de Mayor Nivel. Estas Unidades Regionales funcionarán de manera descentralizada bajo la Dirección del Asegurador con el fin de garantizar la

3. Verificar asiduamente el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del CSSFP, resoluciones ministeriales, acuerdos del CSSFP y directivas de la Dirección de aseguramiento.
4. 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 cargo al presupuesto de la Dirección General de la Policía Nacional.

ARTÍCULO 27°. DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. Constitúyase la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, como una dependencia de la Dirección General de la Policía Nacional, cuyo objeto es administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, así como ejercer la dirección en materia de la salud Asistencial y Operacional, aseguramiento, control y administración del recurso humano e infraestructura de la sanidad policial, la implementación, vigilancia, seguimiento y control de las políticas y lineamientos que emita el CSSFP bajo la coordinación del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

La DSSPN 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

ARTÍCULO 28°. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. La Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (DSSPN) tendrá las siguientes funciones.

1. Dirigir, planear, gerenciar, administrar y controlar integralmente el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
2. Administrar el talento humano al servicio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
3. Proyectar, dirigir, orientar y evaluar los planes, programas y proyectos que serán presentados al Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública.
4. Garantizar el aseguramiento en salud promoviendo el desarrollo del Subsistema y su sostenibilidad.
5. Implementar y ejecutar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos.
6. Evaluar sistemáticamente la calidad, eficiencia, eficacia y equidad de la red de servicios prestadores.
7. Organizar y coordinar el sistema de costos, facturación, información y garantía de calidad del Subsistema.
8. Administrar el Fondo - Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
9. Asegurar la prestación de los servicios de salud individual y colectiva con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, idoneidad, continuidad.
10. Realizar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del subsistema.

operatividad del 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.

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 con red externa pública o privada.

PARÁGRAFO 2°. Prestarán sus servicios a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares que se encuentren bajo su circunscripción y jurisdicción o en cumplimiento de atenciones de urgencia, emergencias o prestaciones de servicios de salud dentro del proceso de referencia y contra referencia a todo el personal del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

PARÁGRAFO 3°. La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar – URSSM será determinada por los planes de servicios y beneficios aprobados por el CSSFP y su actualización periódica será responsabilidad de la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, notificando de la misma al CSSFP.

PARÁGRAFO 4°. La asignación de los Recursos de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar será realizada directamente por la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a cada Regional, teniendo en cuenta la caracterización de la población, situación de salud de los usuarios, territorio, entre otros, acorde al Modelo de Atención en Salud.

PARÁGRAFO 5°. Los directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar son autónomos para contratar en sus regiones la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, siempre y cuando no se pueda satisfacer la demanda con los recursos propios. La contratación de servicios con el HOMIC se debe circunscribir a la no existencia en la regional de las tecnologías requeridas.

La Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares 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.

CAPÍTULO IV

DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL

ARTÍCULO 25°. 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 del Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los Establecimientos de Sanidad Policial.

ARTÍCULO 26°. 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 como funciones las siguientes:

1. Asignar en comisión del servicio a la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el personal Policial y civil que constituye el recurso humano sanitario de la Policía, supra especialistas, especialistas, médicos, tecnólogos, técnicos, auxiliares y personal administrativo
2. Supervisar y evaluar la gestión de la dirección del Subsistema.

11. 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 de la Fuerza Pública, así como fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.

12. Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSSFP.

13. Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud.

14. Elaborar y someter a consideración del CSSFP los Planes de Beneficios con sujeción a los recursos disponibles.

15. Implementar y mantener actualizado el Sistema de Información, registro y afiliación al interior del Subsistema, de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias, y enviar mensualmente la información relativa a los afiliados y beneficiarios, al Comité de Salud de la Policía Nacional.

16. Diseñar y aplicar métodos y procedimientos de control interno para su organización y ejercicio en el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

17. Prestar los servicios de salud a través de sus Unidades de Servicios de Salud Policial y Unidad Especializada de alta complejidad Hospital Central de la Policía; así mismo podrán contratar servicios de salud con la red externa pública y privada.

18. Dirigir y coordinar el control y seguimiento a la gestión asistencial, operativa, financiera, técnica, administrativa, legal, sobre la ejecución y la relación costo-efectividad.

19. Asegurar el cumplimiento del Plan de Salud Operacional de la Policía Nacional y el apoyo logístico.

20. 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.

21. Administrar el recaudo de contribución de los afiliados, el aporte patronal, UPC de los alumnos de las escuelas de formación, mayor valor de la UPC, recursos ATEP, ingresos por ventas de servicios y otros ingresos.

22. Administrar y direccionar el Sistema de Información para el Subsistema, dirigir su operación y funcionamiento de conformidad con sus necesidades.

23. Gestionar y administrar las fuentes de financiamiento establecidas en la presente ley y los recobros al ADRES y demás aseguradores.

24. Realizar los estudios y el análisis de viabilidad, estabilidad y equilibrio financiero del Subsistema.

25. Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos.

ARTÍCULO 29°. COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. El Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional como órgano asesor del Subsistema

<p>de Salud de la Policía Nacional (SSPN), estará integrado por los siguientes miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Subdirector General de la Policía Nacional; 2. Inspector General de la Policía; 3. El Director Operativo de la Policía Nacional; 4. El Director Administrativo de la Policía Nacional; 5. El Jefe de la Oficina de Planeación de la Policía Nacional; 6. Subdirector científico del Hospital Central de la Policía. 7. Un representante del personal de Oficiales de la Policía Nacional con asignación de retiro, pensión de invalidez o de sus beneficiarios, o a los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes de los Oficiales de la Policía nacional, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido; o su suplente. 8. Un representante del personal de Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido y su suplente. 9. Un representante del personal de Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del agente fallecido o su suplente. 10. Un representante del personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional, o de sus beneficiarios, o a los beneficiarios de la pensión de sobrevivientes del personal no uniformado de la policía Nacional; o su suplente 11. Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional. <p>PARÁGRAFO 1. El Director del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el Director del Hospital Central de la Policía, el Director del Subsistema Operacional y el Director de Subsistema Asistencial podrán asistir por derecho propio a las reuniones del CSSPN con derecho a voz, pero sin voto.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Ningún funcionario activo o representante del personal retirado principal o suplente, que integre el CSSFP, puede ser titular ante el Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 3. El Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberá reunirse una vez cada dos meses de manera ordinaria o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con seis de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo en ausencia del Subdirector General de la Policía Nacional, la representación de los Miembros en el Comité es indelegable. En el evento en que el Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (CSSPN) no sea convocado de conformidad con lo previsto en el presente artículo, éste se reunirá por derecho propio previa convocatoria de la tercera parte de sus miembros.</p> <p>PARÁGRAFO 4. El representante del personal en goce de asignación de retiro de la Policía</p>	<p>Nacional o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un periodo de dos años, se fija un máximo de dos periodos consecutivos.</p> <p>El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La Dirección del Subsistema de Salud de las Policía Nacional para los literales g), h) e i), según reglamentación que expida la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional 2. Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional para el literal j) y k), o quien haga sus veces, según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional. <p>PARÁGRAFO 5. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional un representante de las veedurías nacionales en salud. Este representante no tendrá voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa.</p> <p>ARTÍCULO 30°. FUNCIONES DEL COMITÉ DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. Son funciones del Comité del Subsistema de Salud de la Policía Nacional las siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar el desarrollo de las políticas, planes y programas que defina el CSSFP respecto del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 2. Estructurar el Plan de beneficios con relación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema. 3. Analizar y aprobar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 4. Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema. 5. Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal y emitir conceptos y sugerencias sobre los mismos para mejorar el desempeño del Subsistema. 6. 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. 7. Recomendar criterios y mecanismos para la evaluación del servicio de salud prestado a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. 8. Verificar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias del Subsistema de Salud en el apoyo logístico a las operaciones propias de la Policía Nacional, en concordancia con las políticas que adopte el CSSFP. 9. Atender y tramitar ante los órganos de dirección del subsistema las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de los usuarios que sean de su conocimiento sobre el funcionamiento del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, solicitar ante las autoridades competentes las investigaciones a que haya lugar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora. 10. Analizar la evaluación de la gestión de los Establecimientos de Sanidad Policial y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.
<ol style="list-style-type: none"> 11. Asesorar al Director del subsistema de salud de la Policía Nacional en los asuntos de su competencia. 12. Elaborar su propio reglamento. 13. Las demás que le señalen la ley y los reglamentos. <p>ARTÍCULO 31°. SUBDIRECCIÓN DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.La Subdirección de Salud Operacional de la Policía Nacional será una dependencia orgánica y estructural de la policía, la cual cumplirá sus funciones en observancia de las directrices en materia de Salud, bajo el Direccionamiento y Control de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Será la encargada de administrar la prestación de los servicios de salud que se llevará a cabo a través de la Prestación de Servicios de Salud Integral, la Medicina Laboral y Salud Operacional.</p> <p>PARÁGRAFO. Entiéndase por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones policiales y las actividades de salud especializada que tiene por objeto promover, prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los miembros de la Policía Nacional, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de la fuerza.</p> <p>ARTÍCULO 32°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD OPERACIONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. Serán funciones de la Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, en relación con la Salud en el nivel prestador, las que le asigne la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO.La Subdirección de Salud Operacional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional tendrá las funciones de coordinar el desarrollo y operación de la Medicina Laboral y definición de Situación Médico Laboral del personal policial. Coordinar y asesorar las acciones que desarrolle la Policía Nacional en la Salud Ocupacional o Seguridad e Higiene en el trabajo o sus equivalentes para el personal policial activo; Asesorar y coordinar intersectorialmente las acciones de gestión ambiental que realice la Policía Nacional dirigidas a la población policial activa, además realizará las demás que le asigne su propia institución.</p> <p>ARTÍCULO 33°. SUBDIRECCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional se encarga de definir las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Subsistema de Salud de la Policía Nacional (territorio, asegurador, prestador), brindar asistencia sanitaria a la población, mediante la prevención de la enfermedad, la atención clínica de los usuarios adscritos y el mantenimiento de la salud de los mismos a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las usuarios, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud.</p> <p>ARTÍCULO 34°. FUNCIONES DE LA SUBDIRECCIÓN DE SALUD ASISTENCIAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL.La Subdirección de Salud Asistencial del Subsistema de Salud de la Policía Nacional es responsable entre otras funciones, de la formulación de políticas, programas y proyectos de inversión en salud, familia, infancia, adolescencia, envejecimiento y vejez, y riesgos ambientales. Apoya la preparación de normas sobre organización, el funcionamiento y la gestión institucional requeridos para adelantar las políticas, planes, programas y proyectos. De igual manera, da soporte técnico a la conformación, consolidación y mantenimiento del Subsistema de</p>	<p>Salud de la Policía Nacional y al Manejo Social del Riesgo a nivel nacional, y brinda asistencia técnica en aspectos específicos frente a la demanda de las entidades del sector de salud del SNSFP en relación con las políticas de contratación.</p> <p>ARTÍCULO 35°. UNIDADES REGIONALES DE SERVICIOS DE SALUD POLICIAL – URSSP: Créanse las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial las cuales dependerán orgánicamente de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional de acuerdo a las políticas, lineamientos y modelo de salud que establezca el CSSFP, estas funcionaran como una extensión de la Dirección a Nivel Nacional, las cuales serán integradas bajo una sola estructura organizacional, con ubicación en el Establecimiento de Sanidad Policial de Mayor Nivel. Estas Unidades Regionales funcionarán de manera descentralizada bajo la Dirección del Asegurador con el fin de garantizar la operatividad del 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.</p> <p>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.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. Prestaran 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, emergencia o prestaciones de servicios de salud dentro del proceso de referencia y contra referencia a todo el personal del Subsistema de Salud Policial.</p> <p>PARÁGRAFO 3°. La estructura orgánica, portafolio de servicios y funcionalidad de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial – URSSP será determinada por los planes de servicios y beneficios aprobados por el CSSFP y su actualización periódica será responsabilidad de la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, notificando de la misma al CSSFP.</p> <p>PARÁGRAFO 4°. La asignación de los Recursos de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial será realizada directamente por la Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional a cada Regional, teniendo en cuenta la caracterización de la población, situación de salud de los usuarios, territorio, entre otros, acorde al Modelo de Atención en Salud.</p> <p>PARÁGRAFO 5°. Los directores de las Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial son autónomos para contratar en sus regiones la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, siempre y cuando no se pueda satisfacer la demanda con los recursos propios. La contratación de servicios con el Hospital Central de la Policía se debe circunscribir a la no existencia en la regional de las tecnologías requeridas.</p> <p>La Dirección del Subsistema de Salud de la Policía Nacional ejercerá control, seguimiento y monitoreo directo a la prestación de los servicios de Salud que se brinden en los Establecimientos de Sanidad Policial y al cumplimiento y ejecución de políticas, a través de cada Regional.</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO II BENEFICIOS DEL SISTEMA</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO I AFILIADOS Y BENEFICIARIOS</p> <p>ARTÍCULO 36. AFILIADOS. Existen tres (3) clases de afiliados al Sistema de Salud de la Fuerza Pública (SSFP): Los afiliados sometidos al régimen de cotización:</p>

<p>a) Los afiliados sometidos al régimen de cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo. Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión. El personal civil no uniformado activo o pensionado afiliado al SSSF bajo la vigencia de la Ley 263 de 1996. 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. Los beneficiarios de pensión por muerte del personal uniformado en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. 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. 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. El cónyuge separado legalmente de un afiliado cotizante, podrá continuar afiliado al sistema, siempre que así lo manifieste por escrito el titular y traslade al sistema el monto total de la cotización si se encontrare cotizando a un sistema distinto de seguridad social en salud. En su defecto, podrá afiliarse como independiente asumiendo el total de la cotización prevista en el artículo 48 de la presente Ley sobre los ingresos que reporte para estos efectos, siempre que no sea inferior a un salario mínimo legal mensual vigente. <p>b) Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales, Suboficiales y soldados de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional. Las personas que se encuentren prestando el servicio militar obligatorio. <p>c) Los beneficiarios dependientes:</p> <p>Serán aquellos que no se encuentren como afiliados o beneficiarios en ningún régimen de salud del 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 24 del Decreto 1795 de 2000 o demás normas que lo modifiquen, tales como padres de personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los nietos siempre y cuando la madre o padre beneficiario sea menor de 18 años o mayor de 18 años y menor de 25 años siempre y cuando demuestre su calidad de estudiante, haga parte del núcleo familiar del afiliado cotizante y no esté afiliado o afiliada a ningún régimen de salud del Sistema de Seguridad Social en Salud y demuestre la dependencia económica con el</p>	<p>cotizante.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. El afiliado cotizante deberá cancelar el valor de una UPC adicional por su beneficiario dependiente señalado en el literal c) del presente artículo.</p> <p>PARÁGRAFO 2º. El cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a efectuar su cotización para salud, podrá optar por pertenecer al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en cuyo caso el valor de la UPC y de la respectiva cotización ingresará al fondo cuenta del subsistema según el caso.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. 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, contratante o administrador de pensiones deberá efectuar la respectiva cotización al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, en los formularios que para tal efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social, dichos dineros ingresaran al fondo cuenta del respectivo subsistema. Los servicios asistenciales serán prestados, exclusivamente a través del régimen de excepción.</p> <p>ARTÍCULO 37. BENEFICIARIOS. Para los afiliados enunciados en el literal a) del artículo 36, serán beneficiarios los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero (a) sólo cuando la unión permanente sea superior a dos (2) años. 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 años que sean estudiantes y que dependan económicamente del afiliado. Los hijos con invalidez permanente o absoluta, que dependan económicamente del afiliado. 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. Cuando ambos cónyuges o compañeros (as) permanentes sean afiliados cotizantes al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), los miembros del grupo familiar podrán inscribirse como beneficiarios en cabeza de uno de ellos. En este evento, también se podrá inscribir en el grupo familiar a los padres que dependan económicamente de alguno de los cónyuges o compañeros (as) permanentes, en concurrencia de los hijos con derecho a ser inscritos. <p>PARÁGRAFO 1. Para dar cumplimiento a lo dispuesto en el literal c) del presente Artículo, se define la invalidez como la pérdida de capacidad laboral u ocupacional que tiene un individuo para desempeñar un trabajo u actividad. La Dirección del subsistema de salud de las Fuerzas Militares y la Dirección del Subsistema de Salud 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 1507 de 2014 o norma que lo modifique, adicione o sustituya y el Acuerdo 069 del 2 de agosto del 2019.</p> <p>PARÁGRAFO 2. Los afiliados no sujetos al régimen de cotización y los beneficiarios dependientes no tendrán beneficiarios respecto de los servicios de salud.</p>
<p>PARÁGRAFO 3. No se admitirá como beneficiarios del SNSFP 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 780 de 2015 o normas que lo modifiquen o sustituyan.</p> <p>ARTÍCULO 38. DERECHOS DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos derechos consagrados en el artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015 y los contenidos en el Plan de Benéficos del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>ARTÍCULO 39. DEBERES DE LOS AFILIADOS Y BENEFICIARIOS. Los afiliados y beneficiarios tendrán los mismos deberes contemplados en el artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015 y además los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dar cumplimiento de las acciones que se desarrollen dentro del Modelo de Atención en Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública, que sean competencia del afiliado o de sus beneficiarios, en la previsión de riesgos en salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, paliación y cuidado de la salud. Cumplir con los requisitos y normas sobre afiliación, registro de la historia familiar y declaración del estado de salud establecidas para el SNSFP. Cumplir las normas establecidas para evitar incurrir en multifiliación con los otros regímenes especiales y los del Sistema General de Seguridad Social en Salud del cotizante o de sus beneficiarios. 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 beneficiarios dependientes. Responder por los daños que el afiliado o sus beneficiarios ocasionen en los bienes o instalaciones que sean dispuestos para su atención. Hacer un uso adecuado e intransferible de los documentos o mecanismos de identificación que lo acreditan como afiliado del SNSFP. Mantener actualizados los datos de contacto en el sistema de información para el despliegue de las acciones en salud. Respetar y tratar con dignidad la intimidad de los demás pacientes. <p>PARÁGRAFO 1. El derecho a los servicios de salud para los afiliados y beneficiarios enunciados en la presente Ley, se extinguirán por las siguientes causas:</p> <ol style="list-style-type: none"> Para el cónyuge o el compañero (a) permanente: <ol style="list-style-type: none"> 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, siempre y cuando el titular no manifieste por escrito la voluntad de continuar su afiliación. Para los hijos: <ol style="list-style-type: none"> Por muerte. Cuando constituya familia por vínculo natural o jurídico. Por haber cumplido la edad límite establecida en esta ley. Para los padres: <ol style="list-style-type: none"> Por muerte. 	<ol style="list-style-type: none"> Por afiliación a otro régimen. <p>ARTÍCULO 40. ENTIDADES RESPONSABLES. El Ministerio de Defensa Nacional, los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, la Caja de Sueldos de Retiro de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, y entidades del Sector Defensa adscritas o vinculadas, tendrán según sea el caso, los siguientes deberes en relación con el SNSFP:</p> <ol style="list-style-type: none"> Realizar el trámite de Afiliación ante las oficinas responsables al SNSFP, a las personas enumeradas en el Artículo 36 de la presente ley y registrar a sus respectivos beneficiarios. 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 36 de la presente ley, en estructura que defina el CSSFP. Liquidar, descontar y girar al Fondo - Cuenta de cada Subsistema el aporte del patronal y el aporte del afiliado correspondiente a las cotizaciones en salud de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el Artículo 36 de la presente ley. Las fechas para el pago de los aportes en salud enunciados anteriormente son las establecidas en el decreto 1670 de 2007 o normas que lo modifique. Actualizar y enviar mensualmente la información relacionada de los afiliados, a la Dirección del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, Dirección del Subsistema de Salud 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, fallecimientos, desafiliación de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el artículo 36 de la presente ley, mantener la coberturas de afiliación y adscripción de los usuarios del SNSFP. <p>ARTÍCULO 41. PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD. El SNSFP permitirá la articulación y cobertura de planes complementarios en salud al Plan de Beneficios para sus usuarios, sean estos realizados por el mismo SNSFP o por otras empresas administradoras de planes de beneficios, a los cuales se accederá de manera voluntaria y serán financiados por los usuarios; siempre y cuando el Plan Complementario no sustituya al Plan de beneficios o viceversa.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO II RÉGIMEN DE BENEFICIOS</p> <p>ARTÍCULO 42. PLAN DE SERVICIOS DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (PSSFP). Todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), tendrán derecho a un Plan de Servicios de Salud (PSSFP) en los términos y condiciones que establezca el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), en el cual se contemplarán actividades, intervenciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, medicamentos esenciales y guías de atención en caso de enfermedad general y maternidad, en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación, rehabilitación y paliación para todas las patologías, al que está obligado el sistema a garantizarles con sujeción a los recursos disponibles en cada uno de los subsistemas para la prestación de servicios de salud y el cual debe priorizar la salud operacional inherente a la actividad del personal en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. Los servicios de salud incluidos en el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), deberán ser actualizados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), de conformidad con el perfil epidemiológico, la tecnología</p>

<p>apropiada disponible, y las condiciones financieras del sistema.</p> <p>PARÁGRAFO 2º. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP) reglamentará las condiciones del Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), el inicio de la atención, las exclusiones, la suspensión y el retiro del servicio, aprobará el listado oficial de medicamentos esenciales, respetando en todo caso los beneficios y condiciones contempladas en las normas anteriores a la presente ley para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. Igualmente contemplará la posibilidad de tratamientos con medicina natural alternativa, bioenergética y homeopática.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. El Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP), reglamentará la oportunidad de los servicios de consulta de primera vez, consultas de control, consultas de formulación o control terapéutico, consulta de control pre y post quirúrgico y la oportunidad de los servicios quirúrgicos.</p> <p>PARÁGRAFO 4º. En el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) no se exigirán períodos mínimos de cotización o de carencia. No obstante, para acceder a cualquiera de los niveles de complejidad con el Plan de Servicios de Salud de la Fuerza Pública (PSSFP), se consideran como indispensables y de trámite obligatorio las actividades y procedimientos de consulta de medicina general y/o paramédica del primer nivel de atención y de remisión, excepto las atenciones de urgencia y de pediatría.</p> <p>PARÁGRAFO 5º. Para los efectos previstos en este artículo no se podrán aplicar preexistencias a los usuarios y sólo se admitirán como exclusiones aquellas actividades, procedimientos e intervenciones que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad y los que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, debidamente regulados por el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública, los cuales podrán ser objeto de los planes complementarios previstos en el artículo 41 de esta Ley, siempre que no sean producto de actividades, procedimientos o intervenciones como consecuencia de lesiones sufridas en actividad, que en ningún caso podrán considerarse como exclusiones.</p> <p>PARÁGRAFO 6. El Plan de Servicios contenido en el presente artículo deberá contener como mínimo aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.</p> <p>PARÁGRAFO 7. El Sistema de Salud de la Fuerza Pública podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los servicios de alto costo y riesgos catastróficos.</p> <p>ARTÍCULO 43. PLAN DE SALUD OPERACIONAL (PSO). Son las actividades en salud inherentes a las Operaciones Militares y del Servicio Policial y las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza.</p> <p>ARTÍCULO 44. ATENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL. La prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo o enfermedad profesional estará a cargo del SNSFP, con recursos de ATEP. Para estos efectos, se deberá crear una cuenta ATEP la cual será financiada con el presupuesto del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública de conformidad con los parámetros que para tal efecto determine el Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública y su destinación será específica.</p>	<p>ARTÍCULO 45. RIESGOS CATASTRÓFICOS Y ACCIDENTES DE TRÁNSITO. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud pagará los servicios que preste el SNSFP 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 serán cubiertos por el SNSFP.</p> <p>PARÁGRAFO. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos podrán ser prestados por el SNSFP en los términos establecidos por el CSSFP, pero deberán ser recobrados ante la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o ante las aseguradoras autorizadas para administrar los recursos de seguro obligatorio de accidentes de tránsito.</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO III. CAPÍTULO I MODELO DE ASEGURAMIENTO</p> <p>ARTÍCULO 46. ASEGURAMIENTO. Para efectos de la presente ley, el Aseguramiento en la Salud consiste en 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 efectiva de los servicios de salud prestados bajo el marco del Modelo de Atención en Salud y del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud establecido por el CSSFP.</p> <p>ARTÍCULO 47. DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN. El Sistema de Información del SNSFP deberá contener los lineamientos y parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como también los necesarios para la administración y gestión del SNSFP de acuerdo con lo establecido por el CSSFP.</p> <p>PARÁGRAFO. El Sistema de Información de Salud será implementado para cada uno de los Subistemas y su implantación se realizará de conformidad con los lineamientos que determine el CSSFP y el Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO IV DE LA FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (SNSFP) CAPÍTULO I COTIZACIONES Y APORTES</p> <p>ARTÍCULO 48. COTIZACIONES. La cotización al SNSFP para los afiliados sometidos al régimen de cotización de que trata el literal a) del artículo 36 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 Suelos de Retiro de la Policía Nacional y las entidades adscritas o vinculadas al Ministerio.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Se entiende por ingreso base el sueldo básico adicionado con el subsidio</p>
<p>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.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El monto total de las cotizaciones establecidas en el presente artículo ingresará a los Fondos Cuenta del SNSFP según corresponda.</p> <p>PARÁGRAFO 3. En cada uno de los subsistemas, se dispondrá el manejo por cuentas separadas de los aportes del personal en servicio activo, pensionado y retirado, pero habrá unidad de caja para su administración.</p> <p>ARTÍCULO 49. COTIZACIONES BENEFICIARIOS DEPENDIENTES. El valor de las cotizaciones de los beneficiarios dependientes de esta población será el equivalente a una Unidad de pago por Capitación (UPC) del SGSSS, de acuerdo a la edad, género y ubicación del beneficiario dependiente, incrementada en el porcentaje que para tal efecto establezca el gobierno como mayor valor de la UPC, para conformar el valor de la Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa.</p> <p>ARTÍCULO 50. PRESUPUESTO PER CÁPITA PARA EL SECTOR DEFENSA (PPCD). El valor del Presupuesto Per Cápita para los usuarios afiliados al sistema de salud de la fuerza pública (PPCD) del SNSFP será equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incrementada en unveinticinco por ciento (25%).</p> <p>Anualmente, antes de presentar el proyecto de presupuesto al Congreso, el Gobierno Nacional evaluará el perfil epidemiológico y de morbilidad de la población y los costos de prestación del servicio y definirá con esta base el incremento que deba ser reconocido sobre la Unidad de Pago por Capitación UPC, en el evento en que el cálculo arroje un porcentaje superior al 25%.</p> <p>ARTÍCULO 51. PRESUPUESTO OPERACIONAL DEL SNSFP. El valor de la PPCD operacional será equivalente a la UPC del SGSSS incrementado en el cuarenta por ciento (40%) multiplicada por el total de miembros uniformados activos de la Fuerza Pública exceptuando la población no cotizante.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. El mayor valor recaudado por la diferencia del valor de la PPCD operacional, (15%) descritos en este artículo, será destinado a financiar el Plan de Salud Operacional de la Fuerza Pública con cargo al SNSFP 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 Salud Operacional de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional.</p> <p>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.</p> <p>ARTÍCULO 52. 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. Accidente de trabajo y enfermedad profesional son las afectaciones a la salud que sobrevengan de las actividades propias del servicio o por causa o razón del mismo, las</p>	<p>cuales se definen así:</p> <p>a. ACCIDENTE DE TRABAJO. Se entiende por accidente de trabajo todo suceso repentino que sobrevenga en el servicio por causa y razón del mismo, que produzca lesión orgánica, perturbación funcional, la invalidez o la muerte. Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes impartidas por el comandante, jefe respectivo o superior jerárquico, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo. Igualmente lo es el que se produce durante el traslado desde el lugar de residencia a los lugares de labores o viceversa, cuando el transporte lo suministre la Institución, o cuando se establezca que la ocurrencia del accidente tiene relación de causalidad con el servicio.</p> <p>b. ENFERMEDAD PROFESIONAL. Se entiende por enfermedad profesional todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de labor que desempeñe o del medio en que realizan su trabajo los afiliados al sistema nacional de salud de la Fuerza Pública, bien sea determinado por agentes físicos, químicos, ergonómicos o biológicos y que para efectos de lo previsto en la presente ley se determinen como tales por el Gobierno Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que no tenga una relación causal con el servicio que presta el afiliado, será de su exclusiva responsabilidad.</p> <p>PARÁGRAFO 2. 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 SNSFP y presentados por el CSSFP. El Gobierno Nacional aprobará el porcentaje de aporte adicional al establecido en el presente artículo, que deba ser reconocido anualmente al SNSFP.</p> <p>ARTÍCULO 53. APORTES DEL GOBIERNO NACIONAL. El Gobierno Nacional deberá apropiar los siguientes recursos del presupuesto Nacional:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El aporte patronal de las cotizaciones de sus empleados, retirados y pensionados previstos en la presente Ley o las normas que lo modifiquen. 2. La diferencia entre el valor del Presupuesto Per cápita para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública PPSFP requerida para financiar el Plan de Servicios de la Fuerza Pública y de 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): <ol style="list-style-type: none"> (1) Se multiplica el valor del Presupuesto Per cápita del Sistema Nacional de Salud para la Fuerza Pública PPSFP por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios. (2) Se multiplica el valor de la UPC vigente por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios. 3. El valor de Presupuesto Per cápita para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública PPSFP de los afiliados no sometidos a régimen de cotización, el cual se establecerá multiplicando el costo del Presupuesto Per cápita para el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública PPSFP por el número de afiliados no sometidos al régimen de cotización.

<p>4. La diferencia del valor de la PPCD operacional con relación a la PPCD para el sector defensa.</p> <p>5. 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.</p> <p>6. 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 el plan de necesidades y requerimientos de los subsistemas.</p> <p>7. Los recursos extraordinarios que de acuerdo con las disposiciones presupuestales sitúe el Gobierno Nacional para atender las necesidades del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP).</p> <p>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 Nacional de Salud de la Fuerza Pública.</p> <p>PARÁGRAFO TRANSITORIO. Los recursos aprobados en la ley de Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal inmediatamente anterior a la expedición de la presente ley, así como los recursos que, con destino al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, se hayan incorporado a su presupuesto, pasarán al Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) y serán manejados por las Direcciones del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en los términos previstos en la presente ley.</p> <p>ARTÍCULO 54. APORTES TERRITORIALES. El Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP) podrá recibir aportes territoriales en los mismos términos contemplados en la legislación vigente para las demás entidades prestadoras de servicios de salud, en cuanto presten servicios a la comunidad de conformidad con los planes respectivos.</p> <p>ARTÍCULO 55. OTROS INGRESOS. Serán otros ingresos los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los derivados de la prestación de servicios a usuarios del SNSFP o a particulares, que sean ordenados por las autoridades judiciales y que permita el recaudo o el recobro a otras instancias. 2. Los derivados de la prestación o venta de servicios ambulatorios y hospitalarios por atención de urgencias médicas y procedimientos que sean aplicables de acuerdo a la normatividad vigente. 3. 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, adicione o deroguen. 4. Los correspondientes a recaudos por rendimientos y excedentes financieros. 5. Los derivados de transferencias provenientes de las Unidades Ejecutoras del Sector Defensa para contribuir al aseguramiento del SNSFP. 	<ol style="list-style-type: none"> 6. Los derivados por convenios docencia servicio y de investigación. 7. Los derivados de la prestación de servicios de planes complementarios. 8. Los derivados de donaciones y otros recursos que reciba el SNSFP. 9. Una participación del 20% del impuesto a las armas y municiones de que trata el artículo 224 de la Ley 100. El gobierno reglamentará los mecanismos de pago y el uso de estos recursos de manera proporcional al número de afiliados y beneficiarios de cada subsistema. 10. Los demás que determinen las normas vigentes. <p>ARTÍCULO 56. FONDOS CUENTA DEL SNSFP. Para los efectos de la operación del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), funcionará el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>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 CSSFP, directamente por la dirección de los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, quienes harán la respectiva asignación de recursos a las Unidades Regionales de Servicios de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, 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 recursos podrán ser administrados por encargo fiduciario conforme a lo dispuesto en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. No obstante, lo dispuesto en el presente artículo, el Sistema Nacional de Salud para la Fuerza Pública, mantendrá subcuentas separadas por cada fondo según el subsistema. Ingresarán a cada uno de los Fondos Cuenta los siguientes recursos según sea el caso:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Los ingresos por cotización del afiliado y por cotización correspondiente al aporte del Estado como aporte patronal discriminando por grados cuales corresponden a quienes se encuentran en servicio activo y cuales a quienes se encuentran en goce de asignación de retiro o pensión. b. Los aportes del Presupuesto Nacional con destino al respectivo Subsistema contemplados en el artículo 53 de la presente Ley. c. Recursos derivados de la venta de servicios o donaciones u otros recursos que reciba el Subsistema. d. Recursos que corresponden a la Salud Operacional, accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP). <p>PARÁGRAFO. Los recursos de los fondos cuenta se destinarán exclusivamente al financiamiento del respectivo Subsistema, de acuerdo con las prioridades, y a lo dispuesto en la presente Ley. La transferencia y distribución de dichos recursos deberá efectuarse de manera proporcional al número y características específicas de los usuarios atendidos en cada uno de los establecimientos de Salud, de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional y su contabilización deberá realizarse de manera independiente en cada subsistema.</p> <p>ARTÍCULO 57. TRANSFERENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SNSFP. 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 CSSFP.</p>
<p>ARTÍCULO 58. FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍAS EN SALUD DE LA FUERZA PÚBLICA (FOGFP). Créase el Fondo de Solidaridad y Garantías en Salud de la Fuerza Pública (FOGFP) como un fondo cuenta del Viceministerio de salud del Ministerio de Defensa Nacional, sin personería jurídica ni planta de personal propia, el cual se financiará con el 1% del total del recaudo por aportes contemplados en el artículo 48 de la presente Ley.</p> <p>Este Fondo tendrá a su cargo el cubrimiento de los siguientes servicios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La atención de patologías no vademécum de alto costo o ruinosas. 2. Las incapacidades de los afiliados al Sistema por doble cotización, de que trata el parágrafo 2 del artículo 36 de la presente Ley. <p style="text-align: center;">TITULO V DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL</p> <p>ARTÍCULO 59. 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.</p> <p>ARTÍCULO 60. 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 SNSFP 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.</p> <p>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 Nacional de Salud de la Fuerza Pública y sus beneficiarios, según las normas vigentes.</p> <p>PARÁGRAFO 2. El Hospital Militar Central podrá ofrecer servicios a terceros.</p> <p>ARTÍCULO 61. FUNCIONES. En desarrollo de su objetivo, el Hospital Militar Central cumplirá las siguientes funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Prestar con prioridad, atención médica a afiliados y beneficiarios del SNSFP. b. Desarrollar programas en educación médica en pregrado, posgrado, enfermería y en otras áreas relacionadas con los objetivos del SNSFP. 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. <p>PARÁGRAFO. Las funciones del Hospital Militar Central deberán desarrollarse de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos fijados por el CSSFP.</p> <p>ARTÍCULO 62. 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:</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministerio de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública. 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 Jefe de la Unidad de Justicia y Seguridad del Departamento Nacional de Planeación. g. El Subdirector del Sector Central de la Dirección Nacional de Presupuesto del Ministerio de Hacienda. h. Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares. i. Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares. j. 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. k. 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. <p>PARÁGRAFO 1. Podrán asistir a las sesiones del Consejo Directivo, con voz, pero sin voto, el el Director del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>ARTÍCULO 63. FUNCIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO. Son Funciones del Consejo Directivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Formular la política general del Hospital Militar Central, acorde con las directrices del Ministerio de Defensa Nacional, 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 y al Viceministerio de Defensa Nacional para la Salud de la Fuerza Pública 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 CSSFP.
 p. Controlar el funcionamiento general del Hospital, velando por la adecuada ejecución y desarrollo de su objeto social y de las políticas del CSSFP.
 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 64. DIRECTOR GENERAL. El Director General del Hospital Militar Central es agente del Presidente de la República, será nombrado de terna enviada por consejo Directivo 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 a las normas vigentes.
 e) Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional y el CSSFP.
 f) Desarrollar las políticas de salud y los programas que establezca el CSSFP 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 CSSFP 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 y con experiencia en administración de servicios de salud.

ARTÍCULO 65. 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

PARÁGRAFO. Los Subsistemas de salud del SNSFP podrán implementar y desarrollar su propio modelo de salud en cumplimiento a lo descrito en el presente artículo.

ARTÍCULO 71. 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 SNSFP, 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 72. DEL COMPONENTE DE LA ATENCIÓN DEL MODELO. El componente de la atención dentro del SNSFP, deberá permitir el cumplimiento de los planes, programas y actividades descritas en la presente ley y en los lineamientos que determine al respecto el CNSFP. Los elementos estructurales que contendrá este componente son:

1. Procedimientos para el acceso, agendamiento, y central de citas.
2. Procedimiento para la atención de los servicios de baja, mediana y alta complejidad, determinando los procedimientos y actividades de accesibilidad directa, atención en urgencias.
3. Redes integradas de servicios de salud.
4. Procedimiento para la atención en salud operacional de acuerdo a cada Subsistema.

ARTÍCULO 73. DEL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DEL SNSFP. Se define como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos y procesos continuos y sistemáticos que desarrolla el Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública para garantizar la prestación de servicios en salud con las características y atributos de calidades definidas por el CSSFP, deberá asegurar la prestación de todos los servicios de salud, incluidos los planes de beneficios a los usuarios del SNSFP, sin distinción de tipo de usuario. Tendrá a su cargo la dirección, control y administración de la descentralización por medio de las Unidades Regionales de Servicios de Salud.

PARÁGRAFO 1°. La administración se realizará mediante una agrupación regional por medio de Unidades Regionales de Servicios de Salud Militar URSSM y Unidades Regionales de Servicios de Salud Policial URSSP

PARÁGRAFO 2°. La circunscripción y adscripción de los usuarios será realizada en consideración a los siguientes criterios mínimos: Geo referenciación, perfil epidemiológico, situación de salud, grupos de riesgo y disponibilidad de red prestadora de servicios.

PARÁGRAFO 3°. Las Unidades Regionales de Servicios de Salud ejercerán las funciones de apoyo Logístico Operacional conforme a los lineamientos y planes.

**TITULO VII
DE LAS DISPOSICIONES FINALES**

ARTÍCULO 74. 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 Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), dentro de los términos de su competencia y acorde a las normas propias de este Régimen de Excepción.

PARÁGRAFO. Las Direcciones de los Subsistemas de Salud para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional deberán elaborar los estudios, informes y propuestas que requieran los órganos de dirección del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza Pública (SNSFP), los

especial establecido por el Gobierno Nacional.

ARTÍCULO 66. 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 Salud de las Fuerzas Militares y al Subsistema de Salud de la Policía Nacional.
- 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 SNSFP 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 67. 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 68. 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.

ARTÍCULO 69. 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.

**TITULO VI
MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD**

ARTÍCULO 70. MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SNSFP. El Modelo de Atención en Salud del Sistema Nacional de Salud de la Fuerza pública, deberá cumplir los lineamientos que disponga el Ministerio de Salud, se establecerá por el CNSFP el cual debe implementarse 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 y paliación 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 y escalones de complejidad de la Red de Servicios Propia y contratada.

Comités de los Subsistemas de Salud, los Ministerios de Defensa Nacional y de Salud, la Superintendencia de Salud y demás autoridades competentes.

ARTÍCULO 75. ENTES DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN EL ÁREA DE LA SALUD. Los entes de formación y desarrollo del recurso humano serán:

1. La facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, acorde a lo establecido en la Ley 805 de 2003 o normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan
2. Escuelas de auxiliares de enfermería.
3. Escuelas de Formación y Capacitación de Oficiales, Suboficiales y Nivel Ejecutivo de cada Fuerza y de la Policía Nacional, en el Área de la Salud.
4. Otras instituciones de formación y capacitación en salud en el país o en el exterior, públicas o privadas, con las que se suscriba el respectivo convenio, previa aprobación del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Pública (CSSFP).

ARTÍCULO 76. FUNCIÓN DE LOS ENTES DE FORMACIÓN. Los entes de formación y desarrollo del recurso humano para la salud tendrán como norma que los servicios de docencia, investigación y extensión se programarán en función de la misión y de las necesidades del SNSFP, acorde a las normas que los regulen.

ARTÍCULO 77. ARTÍCULO TRANSITORIO. Los Acuerdos expedidos por el CSSFP con anterioridad a la fecha de publicación de esta Ley, continuarán vigentes hasta tanto se modifiquen, adicionen o deroguen. Los actuales Miembros del CSSFP, de los Comités de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y del Consejo Directivo del Hospital Militar Central, terminarán el período para el cual fueron designados o elegidos.

ARTÍCULO 78. OPERATIVIDAD DEL NUEVO SISTEMA. El Gobierno Nacional adoptará las disposiciones necesarias para facilitar la operatividad del nuevo sistema que se crea mediante la presente Ley.

ARTÍCULO 79. VIGENCIA. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias

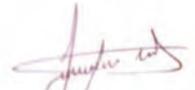
De los honorables Representantes,



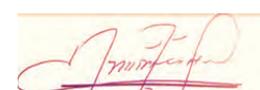
CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
Representante a la Cámara



JOSE LUIS CORREA LOPEZ
Representante a la Cámara



JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
Representante a la Cámara



JAIRO GIOVANNI CRISTANCHO TARACHE
Representante a la Cámara

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

1. ASPECTOS GENERALES

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 están insatisfechos 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.

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.

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, reos propios 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.

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.

En el aspecto de aseguramiento, tampoco se han alcanzado los resultados esperados pues



JOSE JAIME USCATEGUI PASTRANA
Representante a la Cámara



JOSE VICENTE CARREÑO
Representante a la Cámara



JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
Representante a la Cámara



FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN
Representante a la Cámara

las condiciones de acceso a un plan óptimo de beneficios y servicios de salud no se han cumplido.

También es de anotar los efectos que, en materia de cobertura, tenía el cumplimiento de los períodos de carencia. Como se sabe, para tener derecho a todos los servicios del Plan de Beneficios era preciso cumplir un tiempo mínimo de semanas continuas de aporte, condición que no cumplían gran parte de los afiliados obligatorios o cotizantes. El proyecto elimina los períodos de carencia para asegurar la cobertura integral como objetivo del Sistema.

Institucionalmente, se mantuvo un sistema de salud fragmentado, conformado por dos direcciones de sanidad, una para las Fuerzas Militares y otra para la Policía Nacional, cada una con su lógica, infraestructura y organización burocrática, más no integradas; dualidad que está multiplicando los costos administrativos.

Se observa además que, a lo largo del desarrollo del actual sistema, las clínicas, hospitales y dispensarios prestadores de servicios de salud han debido enfrentar a un modelo de competencia que las ha impulsado a adelantar procesos de modernización de su gestión, con serios inconvenientes especialmente desde el punto de vista financiero y de tecnología. Lo anterior aunado a las dificultades en la recuperación de la cartera morosa y al problema tarifario.

Éste último ha impactado a las entidades tanto públicas como privadas debido a la coexistencia de dos manuales tarifarios que se consideran oficiales y que tienen diferencias significativas en sus valores. El manual ISS – de aplicación mayoritaria - no se relaciona con la inflación o índice de precios del consumidor (se pierde capacidad adquisitiva y se deterioran las finanzas de las entidades que se ven obligadas a vender a estos precios, especialmente las IPS públicas).

Las modalidades de contratación diferentes al pago por evento han ido paulatinamente aumentando en su frecuencia y en la práctica ha significado ahorros para las Entidades compradoras de servicios con el consiguiente desequilibrio financiero para los prestadores.

De igual manera, la irrupción de formas contractuales como la capitación ha desnaturalizado el papel del asegurador y ha trasladado esa función de gestión y administración de riesgos a Entidades como las IPS que no están diseñadas técnica ni financieramente para hacer un manejo juicioso de esa variable.

A los problemas anteriores se suma la falta de regulaciones precisas al crecimiento de la oferta de servicios (construcción e infraestructura y montaje de dispensarios), y la integración vertical en cada una de las dos direcciones de sanidad, lo cual ha derivado en duplicación de recursos y ha coadyuvado a la crisis de parte de la oferta ya existente.

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.

El panorama en Salud de las Fuerzas Militares presenta un quebrando interno a nivel de exteriorizar todas sus necesidades en el momento de prestar los servicios a sus usuarios, 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.

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 por ciento.

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	-39,60
Coomeriva	19.848	10,03	22.884	11,01	15,35
Nueva EPS	19.650	9,93	22.457	10,80	14,28
Salud Salud/Albano Medellín	15.041	8,10	20.984	10,09	39,81
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	8.047	4,06	9.078	4,34	12,19
Salud Total	10.052	5,08	8.695	4,18	-13,30
Compartar	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
Emisalar	5.781	2,92	7.350	3,49	25,41
Coomsalud EPS	4.701	2,37	5.531	2,66	17,66
Saludvida	5.705	2,88	5.464	2,61	-4,37
Servicio Occidental de Salud S.O.S	4.730	2,39	5.363	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 por ciento 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 por ciento con relación a 2017.

Tabla 26. Tutelas en salud contra entidades de régimen especial (período 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
Econetrol	56	1,04	94	1,26	67,86
Fondo de Previsión del Magisterio*			88	1,18	
Total	5.408	100,00	7.475	100,00	38,22

*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:

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 de 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.

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.

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.

AREA	PROBLEMATICAS
Para los Usuarios del SSMP y el Modelo de Aseguramiento:	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un modelo de aseguramiento unificado en el SSMP. • 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. • 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. • No se cuenta con mecanismos de racionalización y gestión de riesgo en la prestación del servicio. • No se identificaron mecanismos de concientización en las entidades aportantes respecto del impacto en el proceso de afiliación y recaudo.

RAZONES MANIFESTADAS DE LOS USUARIOS SSFM – SEGUNDO SEMESTRE DE 2018

¿Qué le gustaría mejorar del establecimiento de Sanidad Militar?



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. Juntado 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 057 de 2015 que buscó reformar el artículo 14 del decreto 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 Capitalización. 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 FFMM 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.

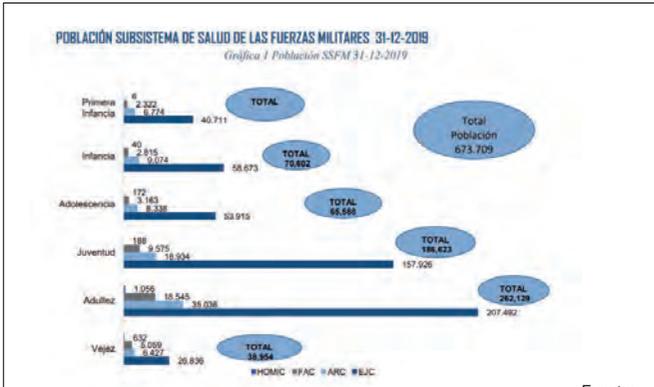
La necesidad de la reestructuración del Sistema de Salud de la Fuerza Pública permite generar una revisión de la metodología por la cual se calcula el UPC de este Régimen Especial. Según la ley 352 de 1997 "La diferencia entre el valor del Presupuesto Per cápita para el Sector Defensa (PPCD) y la Unidad de Pago por Capitalización (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1993 correspondiente al régimen contributivo (tasa del 20%) 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 Capitalización (UPC) del Sistema General de Seguridad Social en Salud, del Régimen de la Ley 100 de 1993.

Según esto el veinte por ciento (20%) que se viene otorgando de manera adicional por parte del Gobierno Nacional a la UPC para financiar la prestación de los servicios de salud

El Modelo de Atención no corresponde a la realidad actual	<ul style="list-style-type: none"> • No existe un modelo de atención unificado en el SSMP. • En el SSFM el modelo de atención no está orientado a la atención de los usuarios y sus familias. • El indicador de satisfacción del usuario del SSMP en las vigencias 2013 a 2018, es más bajo respecto cada año anterior. • No se evidencia una estrategia de atención centralizada en el SSMP orientada a gestionar el riesgo y dar seguridad al paciente. • 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. • 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.
Modelo de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> • Operación altamente compleja, con poca estandarización de procesos e integración de sistemas de información. • No existen procesos estandarizados ni sistemas de información transversales al interior del SSMP • Poca integración Funcional • No existen procesos que habiliten la integración funcional de cara al usuario del Sistema.

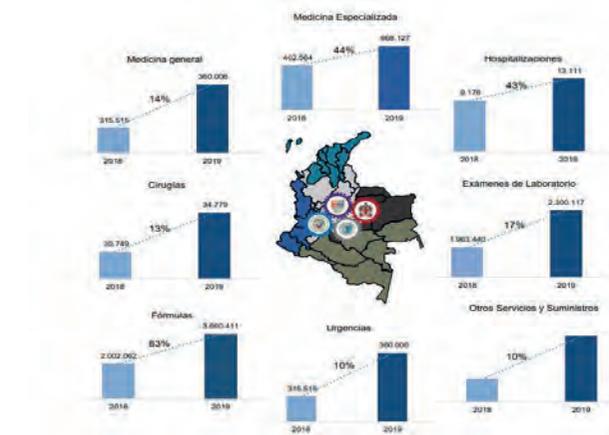
Así son grandes las preocupaciones que afectan a los usuarios del Subsistema de Salud de las FF.MM. de manera vital el no poder acceder oportunamente al servicio de atención médica por falta de agendas disponibles, difícil acceso a la atención especializada, el no poder iniciar o asegurar la continuidad de los tratamientos de sus enfermedades por la falta de medicamentos. Observamos que a esto se suma la falta de un sistema de información eficiente que trastorna la coordinación y trámite de citas y autorizaciones de servicios originando barreras de acceso, lo cual es motivo de angustia y de estrés para los usuarios que necesitan el servicio y para sus familias.

"Expertos en finanzas de salud del ministerio de Hacienda, de importantes EPS del país y de la Supersalud, opinan que el mal servicio en la sanidad militar no es por falta de presupuesto sino por administración deficiente de los recursos. Tienen toda la razón: nos comparan con el Subsistema de la Policía Nacional, que es nuestro Subsistema gemelo en cantidad de usuarios, en presupuesto y en beneficios, y nos demuestran que lidia con éxito los problemas normales de todo servicio de salud, pero que funciona bien, lo cual hay que reconocerlo" (Bastidas, 2018).



Fuente:

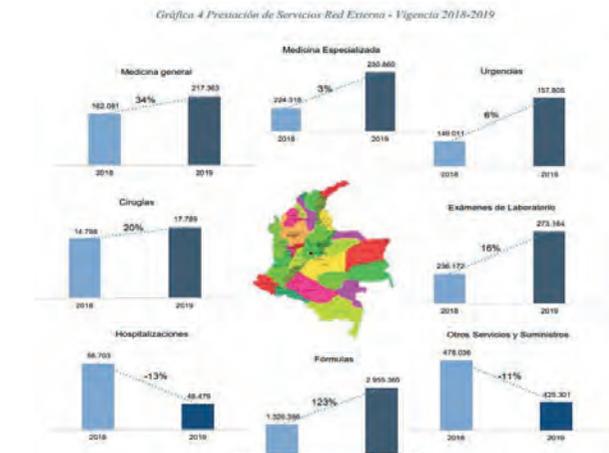
Informe de gestión DGSM 2019
De acuerdo con el informe de gestión de 2019 de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares el Subsistema de Salud se cuenta con 177 Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) de los cuales 98 están en productivo con 663.502 afiliados al SSFM registrados en el sistema con una cobertura del 84.48% correspondiente a 567.287 afiliados y con Historias Clínicas de 470.801 y un registro de 14.617 Usuarios Funcionales del Sistema



Fuente: Informe de gestión DGSM 2019

Como se evidencia en el gráfico, el volumen de servicios prestados aumento en el año 2019 con respecto al 2018 en un 14% en Medicina General, 44% en Medicina Especializada, en Cirugías 13%, Hospitalización 43%, Examen de Laboratorio 17%, Fórmulas 83%, Urgencias

10% y en Otros Servicios 10%, lo cual es un reflejo del aumento de la oferta realizada de la red interna de la prestación de los servicios de salud



Fuente: Informe de gestión DGSM 2019

El gráfico muestra que los servicios prestados por la red externa disminuyeron en un 13% y 11% en hospitalización y otros servicios y suministros respectivamente, debido al control y seguimiento ejercido a nivel de la red externa contratada, en contraprestación se observa un aumento en la oferta del 123% relacionadas con las fórmulas ampliando la cobertura en la prestación de los servicios de salud.

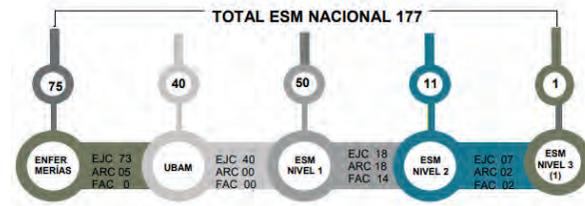
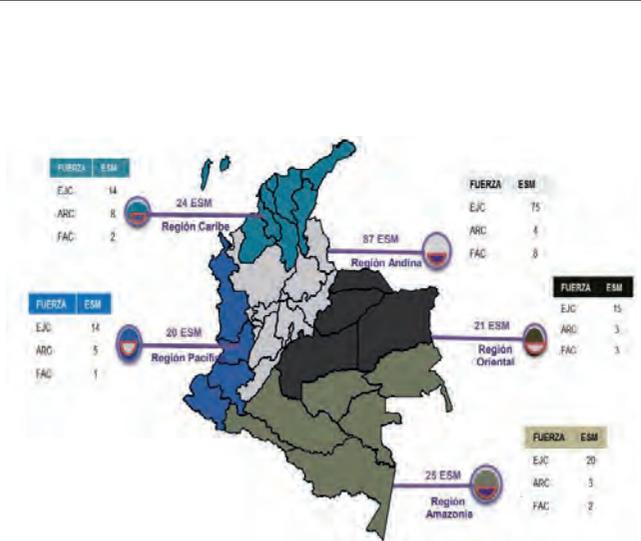


Ilustración 1 Capacidad Instalada SSFM

Fuente: Informe de gestión DGSM 2019

El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares cuenta con una capacidad instalada de 177 ESM, distribuidos en 32 departamentos, los cuales están clasificados como UBAM (22,6%), ENFERMERIA (42,4%), Nivel I (28,2%), Nivel II (6,2%) y Nivel III (0,6%), los cuales ofertan servicios ambulatorios de medicina general, odontología general y enfermería.



Fuente: Informe de gestión DGSM 2019

DISTRIBUCIÓN PRESUPUESTAL 2020 DE LAS FUERZAS MILITARES
El Consejo Superior de la Salud de las Fuerzas Militares mediante acuerdo No.073 del 17 de diciembre de 2019 "Por el cual se establece el Programa General de Administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con base en los presupuestos disponibles en forma equitativa, para la vigencia 2020 de las Fuerzas Militares"



Ilustración 17 Proyecto de Presupuesto

Fuente: Informe de gestión DGSM 2019

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO 2020

FUNCIONAMIENTO	VR. TECHOS ANUNCIADO	PREVIO CONCEPTO	PRESUPUESTO DISPONIBLE 2020
GASTOS DE PERSONAL	\$ 108.222'00	\$ 4.680'00	\$ 103.542'00
GASTOS GENERALES	\$ 549.862'00		\$ 549.862'00
TRANSFERENCIAS	\$ 400.966'00		\$ 400.966'00
PREVIO CONCEPTO	\$ 219.235'00	\$ 219.235'00	\$ 0
TOTAL DE FUNCIONAMIENTO	\$ 1.278.285'00	\$ 223.915'00	\$ 1.054.370'00
TOTAL DE INVERSIÓN	\$ 20.000'00		\$ 20,000'00
TOTAL PPTO	\$ 1.298.285'00	\$ 223.915'00	\$ 1.074.370'00

Fuente: Informe de gestión DGSM 2019

RÉGIMEN ESPECIAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL-Beneficiarios

La sentencia de la corte constitucional T-258/19 determinó que "la atención en salud de los miembros de la fuerza pública debe extenderse a aquellos sujetos que han sido retirados del servicio activo, pues este servicio debe ser garantizado de manera eficiente a todos los habitantes del territorio nacional"

PRINCIPIO DE CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN LAS FUERZAS MILITARES Y POLICÍA NACIONAL-Obligación de prestar asistencia médica a sus miembros retirados

La sentencia T-807 de 2012 concluyó que: "el principio de continuidad implica que el servicio de salud se debe suministrar de manera ininterrumpida, constante y permanente como expresión del deber del Estado de garantizar su prestación en términos de eficiencia. Esta obligación igualmente la asumen las entidades privadas que participan en este sector, de acuerdo con el marco normativo actualmente vigente.

(...) la continuidad en la prestación de los servicios de salud comprende el derecho de los ciudadanos a no ser víctimas de interrupciones o suspensiones en la prestación de salud integral en igualdad de condiciones a uniformados, no uniformado, pensionado de las DFFMM y a sus beneficiarios en el lugar donde se encuentren" (ley 352/97), el servicio tiene que estar sistematizado y debe tener una estructura organizacional que le permita operar con unidad de gestión, que pueda organizar la circunscripción de usuarios por regiones, que pueda ejercer la administración y coordinación necesaria para lograr la integración funcional de la red asistencial propia y coordinar servicios con la red externa.

"La crisis en el suministro de servicios médicos y de medicamentos tocó fondo hace rato en el Subsistema de Salud de las FF.MM. Es sorprendente la incapacidad de la DGSM de acudir a la penalización drástica ante el incumplimiento reiterado del contratista y vemos con angustia y suspicaz preocupación los argumentos traídos de los cabellos que se utilizan para justificar el "tratamiento generoso" al incumplimiento de un contrato de medicamentos de casi medio billón de pesos, amarrado durante tres años a un proveedor incumplido" (Bastidas, 2018).

La realidad es que el Subsistema de las Fuerzas Militares no se dio, debido a que desde

un comienzo cada fuerza se apersonó del servicio de salud para sus integrantes protegiéndolo, obediendo al antiguo esquema de sanidad militar e impidiendo así la unidad de gestión que es la base fundamental de cualquier sistema de salud.
"El Subsistema de salud se encomendó su organización y administración a gerentes del área logística y operativa militar, oficiales con buena voluntad y cualidades de ejecutivos, pero las problemáticas en los negocios de los sistemas de salud son sui generis y no se vincularon asesores con el perfil adecuado. Los negocios de salud exigen que sean gerenciados y operados por ejecutivos muy especializados, expertos en logística, finanzas, administración y tecnología específicas para el suministro de servicios médico asistenciales de salud integral a conglomerados humanos" (Bastidas, 2018).

Según el informe de gestión de 2019 de la Policía Nacional el subsistema de Sanidad de la Policía Nacional para el año 2019 a fecha 31 de diciembre contaba con un total de usuarios de: 608.638, discriminados de la siguiente manera:

- a) Titulares: 271,594 (44,63%)
- b) Beneficiarios: 311,455 (51,17%)
- c) No Cotizantes: 25,589 (4,2)

De igual manera como indica el informe de gestión de 2019 de la Policía Nacional para poder realizar su prestación de servicios de manera eficiente la Dirección de Sanidad cuenta con el siguiente personal:

- a) Uniformados: 1.775
- b) No uniformados: 1.341
- c) Personal con Prestación de servicios: 3.225
- d) Personal que presta sus servicios como Rurales: 90

Por otro lado, de acuerdo al informe de gestión de 2019 de la Policía Nacional poder ejecutar la prestación de los servicios, la Dirección de Sanidad ha venido realizando una gestión en la consecución de recursos para poder transformar el servicio de salud por lo que se apropiaron para la vigencia 2019 en:

- a) Funcionamiento: \$ 1.081.019
- b) Proyectos de Inversión: 13.000
- c) Asignación total: 1.094.019 (cifras en millones de pesos)

DEBILIDADES DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LASFF.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.

El Ministro Trujillo en marzo de 2020 indicó que *"La Fuerza Pública sigue cumpliendo con su misión de garantizar la seguridad y la tranquilidad de los colombianos. Por eso a ellos, a nuestros uniformados, todo nuestro agradecimiento y honor"*. En este mismo contexto refirió; *"La Policía Nacional y más de 29 mil integrantes de las Fuerzas Militares vigilan los pasos fronterizos. Cerca de 9 mil policías están en planes específicos de control y vigilancia a establecimientos, como: hospitales, supermercados, terminales de transporte, plazas de mercado, aeropuertos y entidades financieras, con el fin de garantizar el orden y la seguridad"*.

Así las cosas, el sistema de salud de la fuerza pública debe responder a la situación que vive el país garantizando el derecho fundamental a la salud para que asimismo puedan garantizar la tranquilidad y seguridad en nuestro territorio pues es directamente proporcional la necesidad de atención oportuna en salud para que los miembros de la fuerza pública estén en condiciones saludables en su ejercicio de sus funciones y disminuir el riesgo latente.

CAMBIOS A REALIZAR EN EL SUBSISTEMA DE LAS FF. AA.

- Es imperiosa la necesidad de reformular aspectos funcionales del SSFM.
- El SSFM debe dar un salto hacia la regionalización e integración funcional.
- Es necesaria la reubicación del talento humano con base en la capacidad real de los ESM.
- Debemos mantener la excepcionalidad del régimen, pero con estándares de calidad propios y efectivos. • Debemos hacer un alto en la construcción de ESM.
- Un objetivo primario son los sistemas de información.
- El Plan de Carrera una necesidad urgente del SSFM.

Estos temas en conjunto han sido tratados por personas pertenecientes y afectadas directamente por esta problemática y expertos que hacen parte de la mesa de trabajo para la construcción de esta iniciativa, 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 pertenecientes a los diferentes grupos de la Fuerza Pública cobijados por este Sistema y que se han hecho partícipes voluntariamente para ayudar en la construcción de un mejor Sistema de Salud.

Ha sido primordial trabajar de la mano de todas las personas integrantes Red Nacional de Veedurías de Salud MP, y de la Veeduría de Salud MP de Antioquia VESMILPOLANT, Representante de los Suboficiales RA Ante el CSSMP y Presidente de la Asociación de Usuarios de la Salud Militar MILSALUDMED, Presidenta de la Asociación de Usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares ASUSALUDM.P. y el abogado Sargento Mayor de la reserva activa del Ejército Nacional Lindon Jonson Gamboa Sotelo; como muchos más miembros de la mesa.

De igual forma con los beneficiarios y miembros de los miembros de las fuerzas militares quienes han venido adelantando un arduo trabajo defendiendo y aportando para la garantía del derecho fundamental a la salud de las FFMM

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.

Referencias

1. BG. (RA) Guillermo Bastidas Ordóñez, (2018). Se agudiza crisis en la Sanidad Militar.
2. Sentencia de la Corte Constitucional T-258/19.
3. Sentencia de la Corte Constitucional T-807 de 2012.
4. https://issuu.com/acore/docs/articulos_sistema_salud_2008_a
5. https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/comunicaciones/revista_institucional/revista_institucional_dgsm_6_2132972
6. Audiencia pública de rendición de cuentas de la dirección de sanidad policía nacional 2019 brigadier general Juliette Giomar Kure parra directora de sanidad de la policía nacional
7. Informe de gestión 2019 subsistema de salud de las fuerzas militares dirección general de sanidad militar

De esta manera, conforme a las razones anteriormente expuestas, ponemos a consideración del Honorable Congreso de la República, esta iniciativa legislativa en aras de contribuir al Sistema de Seguridad Social en Salud de nuestra Fuerza Pública.

De los honorables congresistas,


CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO
 Representante a la Cámara


JOSE LUIS CORREA LOPEZ
 Representante a la Cámara


JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
 Representante a la Cámara


JAIRO GIOVANNI CRISTANCHO TARACHE
 Representante a la Cámara


JOSE JAIME USCATEGUI PASTRANA
 Representante a la Cámara


JOSE VICENTE CARREÑO
 Representante a la Cámara


JAIRO HUMBERTO CRISTO CORREA
 Representante a la Cámara


FABER ALBERTO MUÑOZ CERÓN
 Representante a la Cámara

PROYECTO DE LEY NÚMERO 173 DE 2020 CÁMARA

por medio del cual se modifica la Ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones.

<p style="text-align: center;">PROYECTO DE LEY N° de 2020</p> <p style="text-align: center;">“Por medio del cual se modifica la ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones”.</p> <p style="text-align: center;">El Congreso de Colombia</p> <p style="text-align: center;">DECRETA</p> <p>Artículo 1°. Del Objeto. La presente ley tiene como objeto modificar y adicionar algunos artículos de la Ley 23 de 1981 “por lo cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica”.</p> <p>Artículo 2°. Modifíquese el artículo 1° de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:</p> <p>Artículo 1°. De los Principios.</p> <p>1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del ser humano y propender por la prevención de las enfermedades que le afecten, así como por el respeto de la dignidad humana. La medicina debe ejercerse para los seres humanos sin distinciones en razón de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana y su esencia espiritual constituyen la esencia del servicio médico. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina debe garantizar la protección de los derechos y garantías civiles del hombre.</p> <p>2. El hombre es una realidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, con la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como ser humano y persona que es, en relación con su dignidad, naturaleza humana, entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondiente. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión.</p> <p>3. En todo tipo de investigaciones científicas, el médico se ajustará a los principios metodológicos, científicos y éticos que salvaguardan los intereses de la ciencia y los derechos del ser humano y la persona, protegiéndola del anquilamiento y el sufrimiento, y manteniendo incólume su integridad.</p>	<p>4. La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico entre quienes participan en ella respetando los derechos y garantías civiles del ser humano.</p> <p>5. Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad, siempre que cuente con y a procurar condiciones que permitan un desempeño profesional responsable, acorde con los principios de esta Ley.</p> <p>Cuando quiera que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la medicina o a regentar cátedras en las mismas, se someterá a las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional.</p> <p>6. El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como servidor público y como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad.</p> <p>Sin perjuicio de lo anterior, las autoridades deberán acudir como primera opción al apoyo médico forense de las entidades a las que la Ley les haya asignado específicamente la función de prestar auxilio y soporte científico a la administración de justicia y demás entidades del Estado, a menos que el perito designado acepte su designación sin el previo agotamiento de este requisito.</p> <p>7. El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo. Es entendido que el trabajo o servicio del médico sólo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.</p> <p>8. Cuando los médicos emprendan acciones reivindicatorias colectivas, por razones laborales u otras, la institución o empresa prestadora de salud, deberá garantizar los servicios médicos que salvaguarden la salud de los pacientes y de la comunidad.</p> <p>9. El médico, por la función social que implica el ejercicio de su profesión, está obligado a sujetar su conducta a la normatividad legal pertinente.</p> <p>10. Los principios éticos que rigen la conducta profesional de los médicos se diferencian sustancialmente de los que regulan la de otros miembros de la sociedad por las implicaciones humanísticas anteriormente indicadas. La presente Ley</p>
<p>comprende el conjunto de normas permanentes sobre ética médica a que debe ceñirse el ejercicio de la medicina en Colombia.</p> <p>11. Principio de beneficencia: El deber primordial de la profesión médica es buscar el beneficio de la especie humana en todo su ciclo vital propendiendo en cada etapa del desarrollo la recuperación de la salud, paliar o aliviar el sufrimiento del paciente y prevenir enfermedades, respetando la evidencia científica y su autonomía. Exige profesionalismo, que implica entre otras, buenas prácticas ajustadas a la Lex Artis, entendida como el conjunto de reglas implícitas derivadas del conocimiento y la experiencia acumulada de la práctica médica, que son aplicables a casos similares teniendo en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar, respetando las características individuales de cada ser humano.</p> <p>12. Principio de autonomía médica: Por autonomía médica se entiende la libertad de los médicos para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, ajustadas a los fines de la medicina respetando a cada ser humano. Esta autonomía será ejercida en el marco de la ética, la racionalidad y la evidencia científica.</p> <p>La autonomía médica también se expresa en la adopción institucional de guías y protocolos de atención, que cuenten con la consulta previa certificada y aceptación de los equipos médicos. La aplicación de las guías implica hacer un juicio ponderado de su pertinencia al caso examinado, de acuerdo con las circunstancias de tiempo, modo y lugar. Se prohíbe cualquier actuación o constreñimiento directo o indirecto que limite la autonomía médica.</p> <p>De acuerdo con la autonomía médica, el profesional puede apartarse de las guías establecidas de manera justificada.</p> <p>El médico no podrá ser obligado a modificar su conducta profesional por terceros, pagadores o instituciones prestadoras de servicios.</p> <p>Tratándose de prácticas de aborto o eutanasia, en los términos permitidos en la legislación vigente, las instituciones velarán y garantizarán el respeto al derecho de objeción de conciencia y autonomía del personal médico, cuya función implique su participación en alguno de estos procedimientos.</p> <p>13. Principio de no maleficencia: Es obligación del médico no causar daño innecesario durante el acto médico. Este principio implica un compromiso con la excelencia ética, técnico-científica y con la educación permanente dentro de normas de prudencia, diligencia, pericia y seguimiento de reglamentos aceptados; el médico y el personal que ejerce una profesión u ocupación en salud debe tratar a todo ser humano con el más alto estándar profesional y dignidad, acudiendo a la evidencia</p>	<p>científica y respetando necesidades biológicas, psicológicas, sociales, espirituales, y culturales.</p> <p>14. Principio de autonomía del paciente: Se entiende por autonomía del paciente la libertad de éste para alcanzar el conocimiento suficiente para deliberar, decidir y actuar sobre su propio estado de salud. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a la continuidad de la especie humana, a sí mismo y a los demás, en integridad, salud, vida y desarrollo armónico e integral, deberán ser respetadas por el médico tratante.</p> <p>En el caso de los pacientes incapaces legal o mentalmente, como es el caso de menores de edad o interdictos, entre otros, deberá respetarse su autonomía a través de sus responsables o representantes legales.</p> <p>En el caso de los niños, niñas y adolescentes, se tendrá en cuenta el interés superior del menor en todas las etapas del desarrollo.</p> <p>15. Principio de precaución y prevención.- Se entiende por principio de precaución toda acción u omisión que se realice con miras a salvaguardar la vida del ser humano en su integralidad como en todas las etapas de desarrollo y de no exponerlo a situaciones innecesarias, enfermedades, riesgos previsibles o muerte como consecuencia de situaciones de emergencia, salud o de investigación caso en el que bajo toda duda sobre el procedimiento, tratamiento, medicamento o intervención en la salud deberá primar la protección de la vida humana y el paciente estará debidamente informado con miras a que no se haga o deje de hacer en su salud lo posible para salvar su vida dentro del margen de la práctica médica profesional y éticamente responsable garantizando los Derechos Humanos. A su vez este principio implica la garantía de no exposición a riesgos y demás procedimientos que estén bajo duda científica y que éticamente deban evitarse.</p> <p>Artículo 3° Modifíquese el artículo 3 de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:</p> <p>Artículo 3°. El médico brindará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta ley, velando por la preservación y continuación de la especie humana, la protección de la salud pública y del genoma humano.</p> <p>Parágrafo 1: El acto médico es la conducta del profesional de la medicina como parte del proceso de atención en salud, en el marco de la relación médico-paciente.</p> <p>En el acto médico asistencial, los profesionales de la medicina deberán contar con el tiempo y los recursos suficientes suministrados y facilitados por el prestador respectivo.</p>

<p>Parágrafo 2. Esta relación de asistencia en salud genera una obligación de medio basada en la competencia profesional.</p> <p>Parágrafo 3. Para no comprometer la seguridad e integralidad del paciente, las instituciones deben garantizar las condiciones dignas que les sean exigibles en los respectivos servicios habilitados según la normatividad vigente y evitar la atención simultánea de varios pacientes por parte de un solo médico.</p> <p>Parágrafo 4. El tiempo de las consultas médicas se destinará exclusivamente para los temas relacionados con la salud del paciente, lo que conlleva a que el médico no podrá ser obligado ni ser sancionado por no informar sobre derechos o deberes pues esta carga le corresponderá a la EPS y al área jurídica según corresponda.</p> <p>Artículo 4°. Modifíquese el artículo 7° de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 7°. Cuando no se trate de casos de urgencia o emergencia, el médico podrá excusarse de prestar sus servicios o interrumpirlos, en razón de los siguientes motivos:</p> <p>a) Cuando en virtud de su juicio clínico y en ejercicio de su autonomía médica, considere que el caso no corresponde a su experiencia, conocimiento o especialidad.</p> <p>b) Cuando el paciente reciba la atención de otro profesional que excluya la suya, sin previo consentimiento. Lo anterior no excluye el derecho del paciente a una segunda opinión de otro profesional de la salud;</p> <p>c) Cuando el paciente rehúse cumplir las indicaciones prescritas, o cuando el paciente o sus allegados agredan por cualquier medio al Talento Humano en Salud;</p> <p>d) Por enfermedad incapacitante del médico, incluso, cuando el médico se encuentre en condición de enajenación mental transitoria o permanente, toxicomanía, enfermedad o limitación funcional que comprometa la salud de su paciente o de la comunidad;</p> <p>e) Durante el ejercicio institucional, con ocasión del fin de la jornada laboral o de turnos correspondientes, legítimo descanso, de licencias legalmente concedidas, de vacaciones o por cesación de su compromiso con la institución, casos en los cuales la atención médica debe ser garantizada por la institución;</p> <p>f) Cuando se le solicite una actuación contraria a la constitución y la ley.</p>	<p>g) Cuando existan condiciones que interfieran el libre y correcto ejercicio de la profesión, o se afecte la autonomía médica;</p> <p>h) Cuando no tenga vínculo laboral o contractual con la institución de salud a la que esté afiliado el paciente, caso en el cual será la institución la que deba garantizar la continuidad de la atención en salud.</p> <p>i) Cuando esté suspendido en su ejercicio por decisión de autoridad competente;</p> <p>j) Cuando manifieste objeción de conciencia.</p> <p>Parágrafo. La contagiosidad, cronicidad o incurabilidad de la enfermedad, del dolor o sufrimiento intratables del paciente, no constituyen motivo para que el médico no le brinde asistencia médica, excepto en casos en que se exponga la vida o integridad del profesional.</p> <p>Artículo 5°. Modifíquese el artículo 12 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 12. El médico en su ejercicio profesional empleará medios diagnósticos o terapéuticos y tecnologías aceptados por la comunidad científica.</p> <p>Frente a la utilización de procedimientos, tecnologías e inteligencia artificial en el ser humano, la institución y el profesional médico deberán generar un protocolo estricto de uso y de responsabilidad para la utilización de esta tecnología con el consentimiento informado del paciente; por ningún motivo se entenderá la inteligencia artificial en sí misma, como titular de derecho o de responsabilidad con ocasión de un daño o beneficio, si no que en el caso correspondiente recaerá en cabeza del ser humano sea profesional, fabricante, calibrador, programador, asistencial y/ o entidad de salud según se determine en el proceso respectivo. Se debe respetar integral y plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. Los intereses y el bienestar del ser humano deberán tener prioridad con relación al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.</p> <p>Parágrafo. Si en circunstancias excepcionalmente graves un medicamento o un procedimiento, aún en etapa de experimentación, se muestra como única posibilidad terapéutica, éste podrá utilizarse con la autorización plenamente informada del paciente o de sus familiares responsables, y previa autorización de un comité de ética en investigación o un comité bioético clínico de investigación.</p> <p>Artículo 6°. Modifíquese el artículo 13 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 13. En su ejercicio profesional, el médico usará todos los medios a su alcance, mientras subsista la esperanza de promover la salud, prevenir la</p>
<p>enfermedad, curar, paliar y deberá realizar el acompañamiento profesional a cada ser humano que lo necesite.</p> <p>Parágrafo 1°. Está prohibida la manipulación de células germinales humanas, la maniobra o manipulación del código genético del embrión como toda forma de experimentación sobre el mismo; incluyendo cualquier injerto de este en animales o células de estos en el ser humano.</p> <p>Artículo 7°. Modifíquese artículo 14de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 14. Del consentimiento informado. Para la práctica de un procedimiento médico, el profesional de la medicina previamente brindará la información clara, veraz, comprensible y oportuna al paciente o a quien lo represente, a fin de tomar su consentimiento.</p> <p>La información deberá ser suficiente, oportuna, completa, accesible, fidedigna, oficiosa y en algunos casos cualificados, la cual se encuentra directamente relacionado con la complejidad del procedimiento, tratamiento o patología, beneficios y las posibles complicaciones a corto, mediano y largo plazo, y las consecuencias posibles en otros seres humanos. De este deber se exceptúan los casos en que el paciente no se encuentre consciente o se encuentre en incapacidad legal o mental para manifestar su voluntad, en cuyo caso podrá ser expresada legítimamente por los responsables del paciente.</p> <p>Parágrafo 1°. En caso de consentimiento por representación, subrogado o indirecto, si no existe expresión de voluntad anticipada, se tendrá en cuenta el siguiente orden:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cónyuge o compañero permanente, 2. Quienes se encuentren del primero al cuarto grado de consanguinidad o primero civil. 3. Curadores o representantes legales. <p>En caso de desacuerdo o conflicto entre aquellos a quienes corresponda la decisión, se deberá conformar una junta médica ad hoc por parte de las entidades responsables de su atención en salud, que podrá solicitar su concepto al Comité Bioético Clínico Asistencial.</p> <p>Parágrafo 2°. El consentimiento informado es el proceso en el cual se da una comunicación verbal clara y asertiva entre el paciente o quien lo represente y el médico, la cual constará por escrito. Se requiere su validación cuando cambie el riesgo del paciente o se trate de una intervención extraordinaria o diferente a la</p>	<p>inicialmente explicada. El consentimiento informado podrá ser revocado por el paciente en cualquier momento del proceso de atención.</p> <p>Parágrafo 3°. Todo ser humano tiene derecho a decidir que se le informe o no, de los resultados de un examen genético y de sus consecuencias. Los protocolos de investigaciones deberán someterse a una evaluación previa, de conformidad con las normas o directrices nacionales e internacionales aplicables en la materia, corroborando previamente que estas coincidan con la naturaleza constitutiva del ser humano y solo se podrá efectuar una investigación sobre su genoma si representa un beneficio directo para su integridad, vida, salud y desarrollo armónico e integral, y se aseguran las medidas de su protección. Una investigación que no represente un beneficio directo previsible para la salud debe carecer de riesgo y de coerción, y se efectuará garantizando la protección de los derechos humanos individuales.</p> <p>Parágrafo 4° Un diagnóstico, tratamiento o investigación relacionado con el genoma de un ser humano, solo podrá efectuarse previa evaluación rigurosa de los riesgos y las ventajas que entrañe y de conformidad con cualquier otra exigencia de la naturaleza humana. En todos los casos, se exigirá el consentimiento previo, libre e informado de cada ser humano en que se va a investigar o quien, ante la incapacidad jurídica de quien se va a investigar, ejerce potestad sobre este, siempre procurando en primer lugar el interés superior del que se va a investigar. El consentimiento informado no es válido para la eliminación de algún ser humano.</p> <p>Artículo 8. Modifíquese el artículo 15 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 15. El médico no expondrá a ningún ser humano a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar los tratamientos médicos, y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o síquicamente, salvo en los casos en que ello no fuere posible, y le explicará al paciente o a sus responsables de tales consecuencias anticipadamente.</p> <p>Parágrafo 1. Se entiende por riesgos injustificados aquellos a los cuales sea sometido el paciente y que no correspondan a las condiciones clínico-patológicas del mismo. Cada médico es responsable en brindar a todo el que impacta la salud, propia y de terceros, los conocimientos médicos necesarios para evitar hacer daño y procurar el mayor bien posible, en lo referente a la vida, integridad, salud y, crecimiento y desarrollo armónico e integral, durante cada etapa del ciclo vital.</p> <p>Parágrafo 2. Riesgo justificado en el acto médico: es la eventualidad que se presenten u ocurran situaciones propias o derivadas del diagnóstico o tratamiento médico, terapéutico o quirúrgico, aun obrando conforme a la lex artis o a la evidencia científica, situación que se evaluará teniendo en cuenta las circunstancias de</p>

<p>tiempo, modo y lugar en las que haya obrado el profesional y la diligencia médica y pericia como conocimiento profesional.</p> <p>Los riesgos de mayor frecuencia y gravedad son los que se deben informar al paciente previo al acto médico, quien, en ejercicio de su autonomía, decidirá si lo acepta expresa o tácitamente y en consecuencia se expone al riesgo propio o derivado del acto médico.</p> <p>El médico no responderá por situaciones imprevisibles, o inevitables de acuerdo a las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que se desarrolla el acto médico.</p> <p>El ejercicio de la medicina conlleva riesgos que deben estar científicamente justificados y de los que debe haber la mayor protección posible, tanto para el médico como para el paciente y sus acompañantes.</p> <p>Parágrafo 3. En toda rendición de cuentas el médico asumirá con diligencia y transparencia su responsabilidad profesional en la atención directa en salud y como líder del Talento humano en Salud en lo que este depende del médico y la Medicina para su trabajo óptimo, en promoción de la salud, integridad, vida y desarrollo humano armónico, integral y sostenible, y en prevención de la enfermedad como procura de la atención médica, el tratamiento terapéutico, la rehabilitación, paliación y el acompañamiento especialmente a los más frágiles física y psíquicamente.</p> <p>Se deberá promover el autocuidado en salud y de la procura de un entorno sano, y la no exposición voluntaria a riesgos de la salud e intervenciones irreversibles que afectan las funciones biológicas y psíquicas del ser humano.</p> <p>Es responsabilidad del médico denunciar todo atentado contra la vida, integridad, salud y desarrollo armónico e integral de cada ser humano que esté viviendo en cualquier etapa de su ciclo vital. Debe ser sancionado en la proporción del daño que se deriva de la omisión y el retraso en el ejercicio de la responsabilidad de denuncia.</p> <p>Artículo 9° Modifíquese el artículo 22 de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:</p> <p>Artículo 22. La retribución económica de los servicios profesionales es un derecho del médico, conforme el cual podrá recibir una remuneración justa, bajo modalidades y condiciones de contratación o vinculación adecuadas a los criterios de trabajo digno que le permitan un ejercicio responsable y acorde a los principios aquí consagrados, para lo cual se tendrán en cuenta, entre otros, la categoría de los servicios prestados, el riesgo psicosocial, laboral y de salud de acuerdo con la reglamentación que para ello expida los Ministerios de Salud y Protección Social y</p>	<p>de Trabajo, dentro de los seis meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley.</p> <p>Si se trata del ejercicio particular de la medicina, los honorarios se fijarán por el profesional médico dentro de estándares racionalmente justificados del mercado laboral de esta profesión.</p> <p>En caso de urgencia o emergencia, la atención médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios.</p> <p>El ejercicio profesional del médico no excluye la posibilidad que éste pueda reclamar y emprender acciones legales, independientemente de su forma de vinculación para hacer efectivos sus derechos. En esos casos la institución deberá garantizar los servicios médicos a través de las redes integrales de prestadores, que salvaguarden la salud de los pacientes y de la comunidad.</p> <p>Parágrafo 1. Haciendo honor a la tradición hipocrática, es potestativo del médico en su práctica privada asistir sin cobrar honorarios al colega, sus padres, su cónyuge y sus hijos dependientes económicamente de él, así como a las personas que a su juicio merezcan esa excepción.</p> <p>Si el pago de honorarios lo hace un tercero pagador, el médico está autorizado para hacerlos efectivos. Lo anterior sin perjuicio del cobro y pago de los exámenes o insumos a que hubiere lugar.</p> <p>Artículo 10°. Modifíquese el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 34. Historia clínica. La historia clínica es un documento privado, físico o electrónico, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente el estado de salud del paciente, sus antecedentes y condiciones, el examen clínico, la impresión diagnóstica o el diagnóstico, el plan terapéutico y el proceso de atención, prescripciones y procedimientos, los reportes de exámenes de laboratorio y de imagenología, el o los consentimientos informados pertinentes, la evolución del paciente, ecografías y demás procedimientos y valoraciones ejecutados por el equipo de Talento Humano en Salud que interviene en su proceso de atención. Es un documento que pertenece al paciente y se encuentra en custodia en el centro de atención sanitaria, acorde con la regulación legal de archivos y protección de datos vigente.</p> <p>Parágrafo 1°. Se consideran anexos de la historia clínica, y sometidos a las mismas normas, los registros de voz, fotográficos, fílmicos, imágenes diagnósticas, reporte de muestra anatomopatológica y otro tipo de material de registro relacionado con el</p>
<p>proceso de atención. No se considerarán anexos de la historia clínica los análisis sanitarios con fines epidemiológicos y de seguridad en la atención en salud.</p> <p>Parágrafo 2°. Respecto de la disponibilidad de la información para efectos de interés general, la historia clínica estará ceñida a la reglamentación definida por el Ministerio de Salud y Protección Social, respetando el derecho de intimidad del paciente y el secreto profesional del médico.</p> <p>Parágrafo 3°. Toda anotación que se haga en la historia clínica deberá tener fecha, hora, nombre e identificación de quien la realizó. Deberá ser legible, precisa, pertinente, sin tachaduras, enmendaduras o abreviaturas. En caso de correcciones o aclaraciones necesarias, hecha la salvedad respectiva, deberán ser efectuadas en el mismo texto, guardando la debida secuencia.</p> <p>Parágrafo 4. La historia clínica está sometida a reserva y a la regulación vigente sobre protección de datos personales. Puede ser conocida por el médico tratante, el paciente o su representante legal o por aquel a quien estos autoricen.</p> <p>Artículo 11. Adiciónese un inciso al artículo 35 a la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 35. En las entidades del Sistema Nacional de Salud la Historia Clínica estará ceñida a los modelos implantados por el Ministerio de Salud.</p> <p>Cuando la custodia de la historia clínica corresponda a la institución, esta deberá facilitar el acceso al personal autorizado para conocer su contenido en los términos de este artículo.</p> <p>Artículo 12. Modifíquese el artículo 37 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 37. Del secreto profesional. Salvo lo dispuesto por la ley, para preservar los derechos del paciente, el médico debe mantener en reserva todo lo que haya hecho, visto, oído o comprendido por razón del ejercicio de su profesión. Este deber de secreto profesional no cesa con la muerte del paciente. Las conclusiones de las juntas médicas o comités científicos, el comité bioético clínico asistencial y el comité bioético clínico de investigación y otros relacionados con la atención o aquellos que deban realizarse por disposición legal o reglamentaria, también estarán sometidas a secreto profesional y serán reservadas. Serán protegidas las opiniones particulares de cada uno de los participantes.</p> <p>Artículo 13. Modifíquese el artículo 38 de la Ley 23 de 1981 que quedará así:</p>	<p>Artículo 38. Revelación del secreto profesional. Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional, se podrá hacer:</p> <ol style="list-style-type: none"> A quien el paciente o su representante legal autorice de manera expresa. A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas incapaces legal o mentalmente. En el caso de menores de edad se tendrán en cuenta el grado de madurez y el impacto del tratamiento sobre su autonomía actual y futura; A las autoridades judiciales, o administrativas en los casos previstos por la ley; salvo que se trate de informaciones que el paciente ha confiado al profesional y cuya declaración pueda implicar autoincriminación, a menos que se trate de informes sanitarios o epidemiológicos en donde no se haya individualizado al paciente. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables, o por enfermedades graves infectocontagiosas, hereditarias o genéticas, se ponga en peligro la vida o integridad de estos, su pareja, o de su descendencia, o a terceros; En situaciones extremas en las que se ponga en peligro la vida e integridad de los seres humanos y la salud pública. <p>Artículo 14. Modifíquese el artículo 46 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 46. Para ejercer la profesión de médico se requiere:</p> <ol style="list-style-type: none"> Título otorgado por una institución de educación superior legalmente reconocida, en los términos señalados en la Ley 30 de 1992, o la norma que la modifique, adicione o sustituya; Convalidación en el caso de títulos obtenidos en el extranjero de acuerdo a las normas vigentes. Cuando existan convenios o tratados internacionales sobre reciprocidad de estudios la convalidación se acogerá a lo estipulado en estos. Estar certificado mediante la inscripción en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (Rethus). <p>Parágrafo. El Colegio Médico Colombiano inscribirá a cada médico que cumpla los requisitos dispuestos en los numerales a y b al Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud (Rethus) y expedirá la tarjeta profesional como identificación única de los médicos inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano en salud de conformidad con lo establecido en la ley 1164 de 2011, o la norma que la modifique, adicione o sustituya.</p>

<p>Artículo 15. Modifíquese el artículo 48 de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 48. El médico egresado de universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión en nuestro país, convalidará su título de conformidad con la Ley.</p> <p>Artículo 16. Modifíquese el artículo 74 de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:</p> <p>Artículo 74. Instauración del Proceso Disciplinario Ético-Profesional. El Proceso Disciplinario Ético-Profesional será instaurado:</p> <p>a) De oficio, cuando por conocimiento de uno de los miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente ley;</p> <p>b) Por solicitud de una entidad pública o privada, o de cualquier persona natural.</p> <p>Parágrafo 1°. Las quejas anónimas no darán lugar a la iniciación de proceso siempre que ellas no sean acompañadas de prueba si quiera sumaria.</p> <p>Parágrafo 2°. El Abogado defensor en el proceso ético-disciplinario, ya sea de confianza o designado de oficio tendrá las garantías procesales correspondientes para realizar su ejercicio profesional y defensa garantizando el debido proceso del profesional investigado; teniendo acceso real y oportuno al expediente y todas las piezas procesales que allí reposen como el tener copia del mismo en cualquier momento de la actuación procesal.</p> <p>Artículo 17. Adiciónese el artículo 74A a la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 74A. Principios rectores. Serán principios rectores del proceso disciplinario ético-profesional los siguientes derechos: debido proceso, legalidad, juez natural, a la defensa, a la favorabilidad, no agravación de la sanción por el superior, gratuidad e igualdad, así como los previstos en el Código Penal y el Código de Procedimiento Penal.</p> <p>Artículo 18. Adiciónese el artículo 79 A de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:</p> <p>Artículo 79A. Contra la decisión que decida el decreto de pruebas proceden los recursos de reposición y de apelación.</p> <p>Artículo 19. Adiciónese el artículo 81 A de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:</p> <p>Artículo 81A. Requisitos sustanciales para sancionar. Solo se podrá dictar fallo sancionatorio cuando exista certeza sobre la conducta violatoria de las normas contempladas en la presente ley endiligada en el pliego de cargos, o cuando este haya aceptado los cargos y estos estén probados. El fallo se fundamentará en las</p>	<p>pruebas legalmente aportadas al proceso sin que puedan servir de fundamento aquellos argumentos derivados del conocimiento privado de los Magistrados que integran el respectivo Tribunal.</p> <p>Parágrafo 1°. El fallo deberá contener:</p> <p>a) Un resumen de los hechos materia del proceso;</p> <p>b) Un resumen de los cargos formulados y de los descargos presentados por los intervinientes y análisis de los mismos, con manifestación expresa de las razones por las que se acogen o se descartan los argumentos de descargo.</p> <p>c) Las razones por las cuales los cargos se consideren probados o desvirtuados, mediante evaluación de las pruebas respectivas.;</p> <p>d) La cita de las disposiciones legales contenidas en las normas de ética médica infringidas, de conformidad con la resolución de cargos y las razones por las cuales se impone determinada sanción;</p> <p>e) Cuando fueren varios los implicados, se hará el análisis separado para cada uno de ellos.</p> <p>f) La referencia de pruebas aportadas</p> <p>Parágrafo 2°. Son causales de exclusión de la responsabilidad disciplinaria ético-profesional: la fuerza mayor, el caso fortuito y el estado de necesidad, y las demás previstas en el Código Penal que sean aplicables al caso concreto.</p> <p>Artículo 20. Adiciónese el artículo 81B de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 81B. Prescripción. La acción de la que trata la presente ley prescribe en cinco (5) años, contados desde el día en que se cometió la conducta objeto de investigación o sanción, término que se interrumpirá con el respectivo fallo de fondo una vez se encuentre ejecutoriado, ya sea porque contra el fallo de primera instancia se haya resuelto los recursos interpuestos o porque el fallo de primera instancia no se haya recurrido.</p> <p>Artículo 21. Adiciónese el artículo 81C de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 81 C. Recursos ordinarios. Contra las resoluciones interlocutorias, excepto la de formulación de cargos, la resolución de preclusión y la de archivo, proceden los recursos de reposición, apelación y queja. Contra los fallos de sanción proceden los recursos de reposición, apelación y queja.</p> <p>Artículo 22. Adiciónese el artículo 81 D de la Ley 23 de 1981, el cual quedará así:</p> <p>Artículo 81D. Reserva. El proceso ético-profesional está sometido a reserva. Solamente será conocido por el médico examinado y su apoderado o por autoridad competente mientras no esté ejecutoriado el fallo definitivo.</p> <p>Artículo 23. Adiciónese el artículo 81 E de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:</p>
<p>Artículo 81 E: Nulidades. Son causales de nulidad en el proceso ético-médico disciplinario:</p> <p>a) La vaguedad o ambigüedad de los cargos o la omisión o imprecisión de las normas en que se fundamenten;</p> <p>b) La existencia de irregularidades sustanciales que afecten el debido proceso;</p> <p>c) La violación del derecho de defensa.</p> <p>Artículo 24. Adiciónese el siguiente parágrafo al artículo 83 de la Ley 23 de 1981 el cual quedará así:</p> <p>Parágrafo. Graduación. Las sanciones se aplicarán teniendo en cuenta las modalidades y circunstancias de tiempo, modo y lugar, factores atenuantes y agravantes en que se cometió la falta.</p> <p>Son circunstancias de atenuación de la sanción:</p> <p>a) Mitigar las consecuencias de su acción y omisión;</p> <p>b) Haber actuado u omitido una conducta por factores ajenos al médico</p> <p>Artículo 25. Derogatorias y vigencias. La presente Ley rige a partir de su publicación y deroga las disposiciones que le sean contrarias, especialmente las establecidas en los artículos 36, 54 y 87 de la ley 23 de 1981.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>CARLOS EDUARDO ACOSTA Representante a la Cámara</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>JOSE LUIS CORREA LOPEZ Representante a la Cámara</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  <p>JAIRO CRISTANCHO TARACHE Representante a la Cámara</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>JAIRO H. CRISTO CORREA Representante a la Cámara</p> </div> </div>	<p style="text-align: center;">EXPOSICIÓN DE MOTIVOS</p> <p style="text-align: center;">I. INTRODUCCIÓN</p> <p>Desde que fue creada la ley 23 de 1981, el sistema de salud y la forma como se presta este servicio, han sufrido diversos cambios que nos imponen el reto de actualizar el código de ética médica a la fecha actual. Es importante resaltar que en el momento en que fue expedida dicha ley, la medicina se desarrollaba dentro del Sistema Nacional de Salud, que era prestado únicamente por entidades hospitalarias públicas y sólo existía un sistema de Seguridad Social para los trabajadores formales, en donde solo se atendía este sector de la población, razón por la cual, la atención médica particular cubría una parte importante de la población.</p> <p>Posteriormente, con la expedición de la ley 100 de 1993 se creó el Sistema de Seguridad Social que empezó a funcionar dándole mayor participación a agentes privados en la prestación del servicio de salud, con el nacimiento de una nueva institucionalidad: entidades aseguradoras como las EPS o las ARS, entidades prestadoras de servicios como las IPS, ESE y los profesionales independientes; se otorgó un alto grado de autonomía a estos entes para que desarrollaran eficazmente sus labores.</p> <p>Sumado a lo anterior, recientemente se expidió la Ley Estatutaria en Salud, que reguló el ejercicio del derecho fundamental de la Salud que impone importantes retos a quienes participan dentro del proceso de atención en salud toda vez que refuerza el concepto de autonomía profesional, impone límites, crea redes, integrales de servicios, entre otros.</p> <p>De ahí que se hace necesario modificar y adicionar algunos aspectos de la ley 23 de 1981 por no encontrarse ajustada al contexto actual, omitiendo conceptos como acto médico, seguridad institucional del paciente, autonomía del médico y el paciente, riesgos justificados e injustificados del acto médico y enmarcándose únicamente en la relación médico-paciente, dejando de lado la relación del médico con las instituciones, con el Estado y la comunidad en general.</p> <p>En cuanto al aspecto procesal, es necesario acercarnos a una regulación especial del proceso ético-profesional puesto que la remisión actual a los marcos procesales que tiene la Ley 23 de 1981, dificultan en algunos casos la aplicación del debido</p>

<p>proceso, establecido como garantía de estas actuaciones por mandato del artículo 29 constitucional.</p> <p>Por lo anterior, se presenta ante el Congreso de la República este proyecto de ley que busca actualizar el actual código de ética médica en aspectos que, por razones sociales y legislativas han ido cambiando, definiendo qué principios deben regir el acto médico como el de beneficencia, no maleficencia, autonomía médica, autonomía del paciente, cambios de otros principios como obligación del médico como auxiliar de la justicia, relación docencia- servicio, relación médico- paciente acorde a los derechos y deberes del paciente, responsabilidad institucional en caso de acciones reivindicatorias del personal médico, definición de riesgos justificados e injustificados en la práctica médica, definición de consentimiento informado, medicina como obligación de medios, definición de Lex Artis, obligaciones Institucionales en el acto médico, contenido y acceso a la historia clínica, entre otros.</p> <p>Así mismo, regula aspectos importantes como la garantía de publicidad al investigado en todas las etapas del proceso, calidad de sujetos procesales, participación del quejoso en caso de impugnación de fallo absolutorio, debido proceso probatorio, recursos, causales de extinción de la acción ética, causales de nulidad de la actuación y graduación de la sanción.</p> <p>Por lo anterior, este proyecto de ley impactará de manera positiva, dando seguridad jurídica al médico en el ejercicio de su profesión, más acorde con la realidad, la ley, la jurisprudencia y los cambios del Sistema de Seguridad Social en Salud, que permitan el actuar correcto y ético de aquellos.</p> <p>ANTECEDENTE LEGISLATIVO</p> <p>El H. S. Juan Manuel Galán, durante la legislatura 2015 – 2017, radicó ante la Secretaría General del Senado de la República, el proyecto de Ley 24 de 2015. En esa oportunidad, la mesa directiva designó al Senador Antonio Correa como ponente para primer debate. El H. S Correa rindió ponencia favorable (publicada en la Gaceta 755 del 2015) en la sesión de la Comisión Séptima de Senado del 25 de mayo de 2016, se aceptaron las modificaciones propuestas por el Senador Álvaro Uribe y se aprobó por unanimidad (publicada en las Gacetas 448 de 2016 y 462 de 2016). En esa misma sesión, el Senador Correa fue designado ponente para segundo debate, rindió ponencia positiva y en la sesión de la plenaria del Senado del 14 de diciembre de 2016 se debatió y aprobó por unanimidad el proyecto de ley (publicado en las Gacetas 1186 de 2016 y 305 de 2017).</p> <p>El 27 de diciembre de 2016, el proyecto llegó a la Secretaría General de Cámara en donde le asignan el número 2016 de 2016 y nombran como ponente al H.R Edgar</p>	<p>Gómez Román quien rinde ponencia positiva (publicada el 1 de junio de 2017). En la sesión de la Comisión Séptima de Cámara de Representantes del 30 de mayo de 2017, se debatió y aprobó el proyecto sin modificaciones (publicada en la Gaceta 420 de 2017). En la misma sesión se designó al H.R. Gómez Román como ponente para el último debate en la Plenaria de la Cámara de Representantes que se dio el 16 de junio de 2017, en donde, como en las anteriores sesiones, fue votado y aprobado sin modificaciones y por unanimidad. Desafortunadamente el proyecto fue archivado por tránsito de legislatura.</p> <p>Posteriormente, el proyecto fue nuevamente radicado en Cámara de Representantes el día 26 de julio de 2017, asignando como ponentes para primer debate a los H.R. Edgar Alfonso Gómez Román y H.R. Oscar de Jesús Hurtado Pérez, el cual fue aprobado y como ponentes para segundo debate fueron asignados los H.R. Jairo Giovany Cristancho Tarache, H.R. Carlos Eduardo Acosta Lozano y H.R. José Luis Correa López, pero con fundamento en el artículo 190 de la ley 5 de 1992, el proyecto de ley fue archivado.</p> <p>El proyecto fue presentado en la anterior legislatura por los H.R. Jairo Giovany Cristancho Tarache, H.R. Carlos Eduardo Acosta Lozano y H.R. José Luis Correa López, y los cuales fueron designados como ponentes por la mesa directiva de la comisión séptima, pero lastimosamente el proyecto no alcanzó a ser debatido y con fundamento en el artículo 190 de la ley 5 de 1992, el proyecto de ley fue nuevamente es archivado.</p> <p>Con toda atención,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  CARLOS EDUARDO ACOSTA Representante a la Cámara </div> <div style="text-align: center;">  JOSE LUIS CORREA LOPEZ Representante a la Cámara </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  JAIRO CRISTANCHO TARACHE Representante a la Cámara </div> <div style="text-align: center;">  JAIRO H. CRISTO CORREA Representante a la Cámara </div> </div>
---	--

CONTENIDO

Gaceta número 682 - Martes, 11 de agosto de 2020

**CÁMARA DE REPRESENTANTES
PROYECTOS DE LEY**

	Págs.
Proyecto de ley número 171 de 2020 Cámara, por medio de la cual se transfieren competencias a los Defensores de Familia para descongestionar los despachos judiciales y se dictan otras disposiciones.	1
Proyecto de ley número 172 de 2020 Cámara, 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.....	6
Proyecto de ley número 173 de 2020 Cámara, por medio del cual se modifica la Ley 23 de 1981 y se dictan otras disposiciones.....	20