



GACETA DEL CONGRESO

SENADO Y CÁMARA

(Artículo 36, Ley 5ª de 1992)

IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

www.imprenta.gov.co

ISSN 0123 - 9066

AÑO XXXI - N° 509

Bogotá, D. C., viernes, 13 de mayo de 2022

EDICIÓN DE 27 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 461 DE 2021 CÁMARA

por medio del cual se prohíben los ecosieg en el territorio nacional y se promueve la no discriminación por motivos de orientación sexual, identidad y expresión de género diversas en las redes de salud mental y se dictan otras disposiciones.

Proyecto de Ley No. ____ de 2022.

POR MEDIO DEL CUAL SE PROHIBEN LOS ECOSIEG EN EL TERRITORIO NACIONAL Y SE PROMUEVE LA NO DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS DE ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD Y EXPRESIÓN DE GÉNERO DIVERSAS EN LAS REDES DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

EL CONGRESO DE COLOMBIA

DECRETA:

Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto eliminar en todo el territorio nacional los esfuerzos de cambio de orientación sexual, identidad y expresión de género (ECOSIEG) promovidos por profesionales y no profesionales de la salud como una medida tendiente a la protección de la diversidad sexual y de género.

TÍTULO I.

Disposiciones Generales.

Artículo 2. Principios. La presente Ley se rige por los siguientes principios orientadores:

Pluralismo: Característica esencial del Estado Social de Derecho en la que se reconoce la diversidad de posibilidades de existencia de los habitantes del territorio.

No discriminación: Todas las personas tienen derecho al disfrute de todos los derechos humanos, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. La discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género incluye toda distinción, exclusión, restricción o esfuerzo por corregir la orientación sexual o la identidad o expresión de género.

Reconocimiento de la personalidad jurídica: Las personas de todas las orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género disfrutarán de capacidad jurídica en todos los aspectos de su vida. La orientación sexual, identidad o expresión de género que cada persona define para sí es esencial para su personalidad y constituye uno de los aspectos fundamentales de su autodeterminación.

No sometimiento a tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes: Todas las personas tienen el derecho a no ser sometidas a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, incluso por razones relacionadas con la orientación sexual, la identidad o la expresión de género.

Primacía de los derechos de los Niños: Los derechos de los menores de edad a gozar de un ambiente sano, a no ser sometidos a tratos crueles, inhumanos o degradantes, a no ser discriminados, a tener libertad de expresión y al libre desarrollo de su personalidad priman y deben ser reconocidos como tal por padres o tutores.

Artículo 3. Definiciones.

Binario: Construcción social según la cual solo existe el sexo masculino y el sexo femenino.

Despatologización: Proceso social por el cual se recopilan esfuerzos y estrategias para desconceptualizar como enfermedad la orientación sexual, la identidad de género o la expresión de género de una persona.

ECOSIEG: Todos los Esfuerzos de Cambio de Orientación Sexual, Identidad y Expresión de Género y que tienen como finalidad:

- Cambiar una orientación sexual a la heterosexual.
- Cambiar una identidad o expresión de género diverso a cisgénero.
- Cambiar una expresión de género diversa a una alienada al sexo impuesto al nacer.
- Reprimir, reducir o impedir una orientación sexual no heterosexual.
- Reprimir, reducir o impedir la identidad de género de una persona no cisgénero.
- Reprimir, reducir o impedir expresiones de género.

Son todos los medios utilizados para intentar cambiar la orientación sexual, identidad de género y expresión de género incluyendo técnicas conductuales y psicoanalíticas, enfoques médicos, religiosos y espirituales que se practican con o sin consentimiento de la persona. No existe ECOSIEG en el caso de las intervenciones médicas, quirúrgicas o los tratamientos hormonales destinados a expresar la identidad de género autopercibida de una persona.

Expresión de género: Manifestación externa de las características de identidad asumidas.

Género: Construcción social, cultural y psicológica que determina el concepto de la identidad y los comportamientos

Identidad de género: autopercepción y manifestación personal del propio género. Es la identificación y el reconocimiento propio independientemente del sexo que represente el aparato sexual reproductor asignado.

Mayor de edad en situación de vulnerabilidad: Persona mayor de edad que enfrenta cualquier diagnóstico relativo a su salud mental y que en razón a su estado psicológico, social, cultural, familiar y sentimental ve comprometida su capacidad para tomar decisiones.

Orientación sexual diversa Cualquier deseo o atracción romántica, emocional, afectiva o sexual que se aleje de la orientación sexual heterosexual.

Patologización: Proceso social que define como enfermedad la orientación sexual, identidad de género o expresión de género de una persona.

Persona cisgénero: Cuando la identidad de género corresponde con el sexo asignado al nacer.

Terapia de conversión: Forma inequívoca de denominar las prácticas tendientes a la transformación del deseo, la atracción, el comportamiento, la identidad sexual de una persona o la expresión de género que define para sí. Situaciones que no son susceptibles de modificación ni intervención alguna.

| | |
|--|---|
| <p style="text-align: center;">TITULO II</p> <p style="text-align: center;">MEDIDAS PARA LA NO DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS DE ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD Y EXPRESIÓN DE GÉNERO DIVERSA EN LAS REDES DE SALUD MENTAL.</p> <p>Artículo 4. Prohibición de diagnóstico basado en orientación sexual, identidad o expresión de género. Las orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual y las identidades y expresiones de género que no se identifiquen dentro del modelo binario-cisgénero no podrán ser bajo ninguna circunstancia un criterio catalogador de trastorno mental, discapacidad mental o problema psicosocial, ni un determinante para valorar la capacidad y salud mental de ninguna persona.</p> <p>Ningún miembro de la red integral de prestación de servicios en salud mental, así como tampoco ninguna persona natural o jurídica podrá ofrecer servicios de promoción, prevención, detección, diagnóstico, intervención, tratamiento, rehabilitación, aversión o cualquier otro esfuerzo por corregir, cambiar o reprimir una orientación sexual o una identidad o expresión de género.</p> <p>Artículo 5. Prohibición de los ECOSIEG. Queda prohibida en todo el territorio nacional la práctica de esfuerzos de cambio de orientación sexual, identidad y expresión de género promovida por profesionales y no profesionales del sector salud en menores de edad y mayores de edad en situación de vulnerabilidad. La práctica y el fomento de los ECOSIEG constituye una forma de discriminación contra la población LGBTQI+.</p> <p>Artículo 6. Adiciónese los numerales 17 y 18 al artículo 6 de la Ley 1616 de 2013.</p> <p>El artículo 6 de la Ley 1616 de 2013 quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 6o. DERECHOS DE LAS PERSONAS Además de los Derechos consignados en la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales, Constitución Política, y la Ley General de Seguridad Social en Salud son derechos de las personas en el ámbito de la Salud Mental:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a recibir atención integral e integrada y humanizada por el equipo humano y los servicios especializados en salud mental. 2. Derecho a recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, incluyendo el propósito, método, duración probable y beneficios que se esperan, así como sus riesgos y las secuelas, de los hechos o situaciones causantes de su deterioro y de las circunstancias relacionadas con su seguridad social. 3. Derecho a recibir la atención especializada e interdisciplinaria y los tratamientos con la mejor evidencia científica de acuerdo con los avances científicos en salud mental. 4. Derecho a que las intervenciones sean las menos restrictivas de las libertades individuales de acuerdo a la ley vigente. | <ol style="list-style-type: none"> 5. Derecho a tener un proceso psicoterapéutico, con los tiempos y sesiones necesarias para asegurar un trato digno para obtener resultados en términos de cambio, bienestar y calidad de vida. 6. Derecho a recibir psicoeducación a nivel individual y familiar sobre su trastorno mental y las formas de autocuidado. 7. Derecho a recibir incapacidad laboral, en los términos y condiciones dispuestas por el profesional de la salud tratante, garantizando la recuperación en la salud de la persona. 8. Derecho a ejercer sus derechos civiles y en caso de incapacidad que su incapacidad para ejercer estos derechos sea determinada por un juez de conformidad con la Ley 1306 de 2009 y demás legislación vigente. 9. Derecho a no ser discriminado o estigmatizado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental. 10. Derecho a recibir o rechazar ayuda espiritual o religiosa de acuerdo con sus creencias. 11. Derecho a acceder y mantener el vínculo con el sistema educativo y el empleo, y no ser excluido por causa de su trastorno mental. 12. Derecho a recibir el medicamento que requiera siempre con fines terapéuticos o diagnósticos. 13. Derecho a exigir que sea tenido en cuenta el consentimiento informado para recibir el tratamiento. 14. Derecho a no ser sometido a ensayos clínicos ni tratamientos experimentales sin su consentimiento informado. 15. Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención y respetar la intimidad de otros pacientes. 16. Derecho al Reintegro a su familia y comunidad. <p><u>17. Derecho a no ser sujeto de tratos crueles, inhumanos y degradantes que tengan como finalidad la alineación o el cambio de su orientación sexual, identidad o expresión de género.</u></p> <p><u>18. Derecho a recibir información afirmativa sobre orientaciones sexuales e identidades de género diversas.</u></p> |
| <p>Este catálogo de derechos deberá publicarse en un lugar visible y accesible de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que brindan atención en salud mental en el territorio nacional. Y además deberá ajustarse a los términos señalados por la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008 y demás jurisprudencia concordante.</p> <p>Artículo 7. Adiciónese el párrafo 2 al artículo 13 de la Ley 1616 de 2013.</p> <p>El artículo 13 de la Ley 1616 de 2013 quedará así:</p> <p>ARTÍCULO 13. MODALIDADES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL E INTEGRADA EN SALUD MENTAL. La red integral de prestación de servicios en salud mental debe incluir las siguientes modalidades y servicios, integradas a los servicios generales de salud de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atención Ambulatoria. 2. Atención Domiciliaria. 3. Atención Prehospitalaria. 4. Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia. 5. Centro de Salud Mental Comunitario. 6. Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias. 7. Hospital de Día para Adultos. 8. Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes. 9. Rehabilitación Basada en Comunidad. 10. Unidades de Salud Mental. 11. Urgencia de Psiquiatría. <p>PARÁGRAFO 1. El Ministerio de Salud y Protección Social en el marco del Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud establecerán nuevas modalidades y servicios para la</p> | <p>atención integral e integrada en Salud Mental bajo los principios de progresividad y no regresividad y mejoramiento continuo de la red.</p> <p><u>PARÁGRAFO 2. Ninguna de las modalidades y servicios de la red integral de prestación de servicios en salud mental, ni las modalidades desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social, ni ninguna persona natural o jurídica, podrá practicar, recomendar o publicitar prácticas, tratamientos o terapias que tengan como finalidad el cambio de orientación sexual, identidad y expresión de género. Se prohíben las modalidades de aislamiento, confinamiento, desplazamiento e internación que tengan como objetivo el cambio de orientación sexual, identidad y expresión de género.</u></p> <p>Artículo 8. adiciónese un párrafo al artículo 35 de la Ley 1616 de 2013.</p> <p>ARTÍCULO 35. SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA. El Ministerio de Salud y Protección Social, las Direcciones Territoriales de Salud Departamentales, distritales y municipales a través del Observatorio Nacional de Salud deberán implementar sistemas de vigilancia epidemiológica en eventos de interés en salud mental incluyendo: violencias, consumo de sustancias psicoactivas, conducta suicida, víctimas del conflicto armado, entre otros, que permitan el fortalecimiento de los sistemas existentes tales como el sistema de vigilancia epidemiológica en violencia intrafamiliar, violencia sexual, maltrato infantil y peores formas de trabajo infantil (Sivim), sistema de vigilancia epidemiológica en consumo de sustancias psicoactivas (Vespa), sistema de vigilancia de lesiones de causa externa (Sisvelse), y el Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.</p> <p><u>PARÁGRAFO. Quedan excluidos de los eventos considerados como de interés en salud mental las orientaciones sexuales no heterosexuales y las identidades y expresiones de género diversas.</u></p> <p>Artículo 9. Atención psicosocial diferenciada. Los miembros de la red integral de prestación de servicios en salud mental podrán atender a personas mayores de edad que libre y voluntariamente manifiesten estar en conflicto con su orientación, identidad o expresión de género únicamente desde los lineamientos de atención para la práctica psicológica con personas LGBTQI+ y personas no conformes con el género reconocidos por la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Psiquiátrica Americana y siempre desde la perspectiva de la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>PARÁGRAFO: El Ministerio de Salud y Protección Social en compañía de las Direcciones Territoriales de Salud departamentales, distritales y municipales deberán desarrollar estrategias de formación y capacitación a los miembros de la red integral de prestación de servicios en salud mental en la no patologización de la diversidad sexual y en herramientas afirmativas de validación e información constructiva de la orientación sexual, la identidad y expresión de género diversa.</p> <p>Artículo 10. Formación profesional al talento humano en salud. Las Instituciones de Educación Superior que contemplen en sus programas académicos la formación de talento humano en el sector de la salud mental deberán, en el marco de su autonomía universitaria, garantizar la actualización de los planes académicos de formación a la mayor evidencia científica existente respecto las orientaciones sexuales no</p> |

heterosexuales y las identidades y expresiones de género diversas y respecto los riesgos para la salud mental que los ECOSIEG representan.

Artículo 11. Prohibición de uso de fondos públicos para la promoción y práctica de los ECOSIEG. Queda prohibida la destinación de recursos públicos a actividades que practiquen o promocionen los esfuerzos de cambio de orientación sexual, identidad y expresión de género, así como la destinación de recursos públicos, bajo cualquier título, para personas naturales o jurídicas que realicen ECOSIEG.

Artículo 12. Prohibición de publicidad y espectáculos de asistencia masiva. Ninguna persona natural o jurídica podrá hacer uso del espectro electromagnético para fomentar, publicitar o recomendar esfuerzos para cambiar la orientación sexual, la identidad o expresión de género de nadie. Tampoco podrán realizarse eventos de difusión pública y masiva que tengan como finalidad la persuasión a someterse a esfuerzos para cambiar la orientación sexual, la identidad o expresión de género.

TITULO III.

Vigilancia y sanciones.

Artículo 13. Competencia. El Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Superintendencia de Salud definirá los mecanismos administrativos para la investigación, vigilancia y sanción de las personas naturales o jurídicas que contravengan esta Ley sin perjuicio de la acción penal a la que haya lugar.

PARÁGRAFO. El Ministerio de Salud y Protección Social deberá establecer un registro, o cualquier otra modalidad de monitoreo, que le permita identificar y categorizar las modalidades de ECOSIEG así como sus promotores y víctimas.

Artículo 14. Sanciones. Sin perjuicio de las sanciones que las entidades competentes determinen el personal de salud mental que promueva, oferte, practique, o publicite prácticas de esfuerzos para el cambio de la orientación sexual, identidad y expresión de género será objeto de una suspensión de su tarjeta profesional y la sola conducta será considerada una falta a la ética médica.

Las personas jurídicas que promuevan, oferten, practiquen, o publiciten prácticas de esfuerzos para el cambio de la orientación sexual, identidad y expresión de género estarán inhabilitadas legalmente para celebrar contratos con el Estado.

Artículo 15. Protocolo de investigación judicial. El Ministerio de Justicia y el Derecho junto con la Fiscalía General de la Nación deberá elaborar un protocolo de investigación criminalística que permita adaptar la política criminal al reconocimiento y respeto de la diversidad sexual y las orientaciones e identidades de género diversas mediante la atención eficiente de denuncias y la priorización de casos de discriminación y tortura cuyo móvil sea un esfuerzo por cambiar la orientación sexual, la identidad o expresión de género.

Artículo 16. adiciónese el numeral 7 al artículo 179 de la Ley 599 del 2000

El artículo 179 de la Ley 599 del 2000 quedará así:

Las penas previstas en el artículo anterior se aumentarán hasta en una tercera parte en los siguientes eventos:

1. Cuando el agente sea integrante del grupo familiar de la víctima.
2. Cuando el agente sea un servidor público o un particular que actúe bajo la determinación o con la aquiescencia de aquel.
3. Cuando se cometa en persona discapacitada, o en menor de dieciocho (18) años, o mayor de sesenta (60) o mujer embarazada.
4. Cuando se cometa por razón de sus calidades, contra las siguientes personas: servidores públicos, periodistas, comunicadores sociales, defensores de los derechos humanos, candidatos o aspirantes a cargos de elección popular, dirigentes cívicos, comunitarios, étnicos, sindicales, políticos o religiosos, contra quienes hayan sido testigos o víctimas de hechos punibles o faltas disciplinarias; o contra el cónyuge, o compañero o compañera permanente de las personas antes mencionadas, o contra sus parientes hasta el tercer grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.
5. Cuando se cometa utilizando bienes del Estado.
6. Cuando se cometa para preparar, facilitar, ocultar o asegurar el producto o la impunidad de otro delito: o para impedir que la persona intervenga en actuaciones judiciales o disciplinarias.
7. cuando se cometa con la intención de modificar la orientación sexual, la identidad o la expresión de género.

Artículo 17. adiciónese el numeral 7 al artículo 134C de la Ley 599 del 2000.

El artículo 134C de la Ley 599 del 2000 quedará así:

Artículo 134C. **Circunstancias de agravación punitiva.** Las penas previstas en los artículos anteriores, se aumentarán de una tercera parte a la mitad cuando:

1. La conducta se ejecute en espacio público, establecimiento público o lugar abierto al público.
2. La conducta se ejecute a través de la utilización de medios de comunicación de difusión masiva.
3. La conducta se realice por servidor público.
4. La conducta se efectúe por causa o con ocasión de la prestación de un servicio público.
5. La conducta se dirija contra niño, niña, adolescente, persona de la tercera edad o adulto mayor.
6. La conducta esté orientada a negar o restringir derechos laborales.
7. La conducta esté orientada a negar o restringir derechos sexuales y reproductivos mediante esfuerzos de cambio de orientación sexual, identidad o expresión de género.

TITULO IV

Vigencia y derogatorias.

Artículo 16. Vigencia. La presente Ley rige desde su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

Cordialmente,

MAURICIO ANDRES TORO ORJUELA
REPRESENTANTE A LA CÁMARA
PARTIDO ALIANZA VERDE

Proyecto de Ley No. ____ de 2022.

POR MEDIO DEL CUAL SE PROHIBEN LOS ECOSIEG EN EL TERRITORIO NACIONAL Y SE PROMUEVE LA NO DISCRIMINACIÓN POR MOTIVOS DE ORIENTACIÓN SEXUAL, IDENTIDAD Y EXPRESIÓN DE GÉNERO DIVERSAS EN LAS REDES DE SALUD MENTAL Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

El articulado de este proyecto de Ley busca brindar una garantía de respeto del pluralismo que define a Colombia como Estado Social de Derecho mediante la prohibición de los Esfuerzos de Cambio de Orientación Sexual e identidad de género, entendiendo que son prácticas que constituyen una forma de tortura y de discriminación en contra de las personas que hacen parte de la población LGBTQI+.

Esfuerzos de Cambio de Orientación Sexual e Identidad y Expresión de Género, en adelante ECOSIEG, es el término adecuado para referirse a las mal llamadas terapias de conversión ya que son todos los medios y técnicas conductuales, psicoanalistas, médicas, religiosas y espirituales que tienen como finalidad cambiar, revertir, impedir o reprimir la orientación sexual, identidad de género y expresión de género de una persona¹. Los ECOSIEG han sido considerados como acciones de naturaleza discriminatoria, cruel, inhumana y degradante que implican un riesgo considerable de tortura² al partir de la noción errónea de que la diversidad sexual y de género son patologías aptas de tratar, corregir o cambiar.

Las orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual, así como las identidades de género no binarias y las expresiones de género no cisgénero no son consideradas por la Organización Mundial de la Salud, OMS, ni por la Asociación de Psiquiatría Americana, APA, como una patología ni como un trastorno mental, discapacidad mental, problema psicosocial o desorden sexual. Sin embargo, diferentes estudios alrededor del mundo demuestran que aún existen personas LGBTQI+ que son sometidas a técnicas que tienen como finalidad modificar o reprimir sus deseos, atracciones, comportamientos e identidad.

La Organización de las Naciones Unidas, así como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y diferentes Organizaciones No Gubernamentales alrededor del mundo hacen un llamado a los Estados para que eviten la vulneración sistemática de derechos que representan los ECOSIEG y protejan la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad de la población LGBTQI+. Países de la región como Brasil, Ecuador y Chile han avanzado en la prohibición de los ECOSIEG uniéndose al esfuerzo internacional que ha conseguido Malta, Francia, Canadá y algunos estados de los Estados Unidos y Australia.

¹ Asociación Americana de Psicología, "Resolution on Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientations Distress and Change Efforts", 2009, disponible haciendo clic acá

² Consejo de Derechos Humanos Naciones Unidas. "Informe del experto independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o de género. Práctica de las llamadas terapias de conversión", 3 de julio de 2020, disponible haciendo clic acá

Para acoger las recomendaciones internacionales este proyecto de Ley parte del estudio de las consideraciones oficiales que sobre los ECOSIEG tienen las autoridades mundiales en materia sanitaria y del análisis de los informes y denuncias ciudadanas que activistas y medios de comunicación han realizado sobre técnicas y métodos para cambiar y reprimir la diversidad sexual y de género. En ese sentido se sustraen las legislaciones internacionales que sobre los ECOSIEG se han producido en el mundo a fin de realizar un ejercicio de derecho comparado que permita replicar buenas prácticas legislativas en el ordenamiento jurídico colombiano.

1. Conceptos básicos de la diversidad sexual y de género.

La diversidad sexual reúne una serie de conceptos que se relacionan entre sí y que hacen parte de la materialización del derecho al libre desarrollo de la personalidad. La Asociación Americana de Psicología define la **orientación sexual** como ‘una atracción emocional, romántica, sexual o afectiva duradera hacia otros’³ Una orientación sexual no es una conducta sexual por que la orientación se refiere a los sentimientos y no a los impulsos. Para la Asociación es importante reconocer que existen muchos motivos que definen la orientación sexual de una persona y que son tan únicos como el individuo mismo.

El **Concepto de Género** es atribuido a una construcción social que según la OMS representa los roles, características, atributos y comportamientos asignados a hombres, mujeres y personas con identidades no binarias⁴. El género está relacionado con el sexo biológico, pero no forzosamente debe corresponder a las categorías sexuales biológicas definidas como hombre y mujer ya que la misma organización reconoce que el **concepto de sexo** hace referencia a las características anatómicas que definen y diferencian a los seres humanos como hombre o mujer, características que sí bien son biológicas (cromosomas, niveles hormonales, genitales externos) no son excluyentes entre sí.⁵

El género permite entonces al ser humano reconocerse como individuo ante una sociedad a través de la **identidad de género** que se asume. La identidad de género, según lo entiende Profamilia, es la percepción y manifestación personal que cada individuo hace de sí independiente del sexo biológico asignado pudiendo fluir entre lo masculino y femenino o lo indeterminado⁶. La identidad de género se complementa con la **expresión de género** que constituye la manifestación de la identidad asumida mediante el comportamiento y la apariencia. Según la iniciativa de la Oficina de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ‘Libres e Iguales’ las expresiones de género que no se ajustan a las ideas que la sociedad considera adecuadas para

³ Asociación Americana de Psicología “Orientación sexual e identidad de género”, 2013, disponible haciendo [clic acá](#)
⁴ Organización Mundial de la Salud. “Género y Salud”, 23 de agosto 2018, disponible haciendo [clic acá](#)
⁵ Organización Mundial de la Salud “La salud sexual y se relación con la salud reproductiva”, 2020, disponible haciendo [clic acá](#)
⁶ PROFAMILIA “Diversidad sexual: atención sin discriminación”, 2021, disponible haciendo [clic acá](#)

un determinado sexo biológico con frecuencia suelen ser objeto de ‘duros castigos’ como acosos, agresiones, violencia física, psicológica y de discriminación’.

2. La Despatologización de la diversidad sexual y de género.

La noción de patologización refiere al paradigma según el cual las orientaciones sexuales no heterosexuales y las identidades y expresiones de género diversas son consideradas per se una patología, es decir, una enfermedad, una desviación o una alteración de lo que es considerado normal, lo que sirve de fundamento para considerar que existe una cura, un tratamiento, una corrección o una reversión.

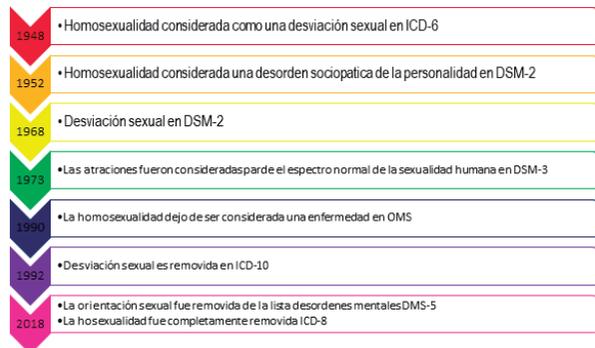
Durante décadas la patologización de la diversidad sexual y de género fue la única forma de abordar salubrementemente las orientaciones sexuales no heterosexuales y las expresiones e identidades de género diversas ya que tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud contemplaron hasta 1973 y 1990, respectivamente, a la orientación sexual diversa como una desviación sexual y un desorden mental.

La Despatologización es entonces un proceso en el cual se ha logrado que internacionalmente las orientaciones sexuales no heterosexuales y las expresiones e identidades de género diversas dejen de ser asumidas y entendidas desde la perspectiva de la enfermedad, la cura y el tratamiento.

La siguiente línea del tiempo refleja el avance que la despatologización de la diversidad sexual ha tenido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana y en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, respecto a la diversidad sexual y de género reflejando los cambios de noción que ambas autoridades en materia de salud mental han reconocido.

⁷ UNFE “Libres e Iguales Glosario LGBT”, 2018, disponible haciendo [clic acá](#)

Gráfica 1. Fuente: Elaboración propia.



Las posturas actuales de las autoridades sanitarias tienden a la no patologización de las diversidades sexuales y por el contrario buscan centrar su atención hacia la población sexualmente diversa con mecanismos de afirmación de identidad y siempre desde la garantía y el respeto por su dignidad humana, su libre desarrollo de la personalidad y sus derechos sexuales y reproductivos.

3. El Reconocimiento de la diversidad sexual en el Ordenamiento jurídico colombiano.

El ordenamiento jurídico colombiano tiene avances significativos en el reconocimiento y el respeto por las orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género diversas. La Corte Constitucional como órgano garante de la constitución ha realizado pronunciamientos en el que reconoce la diversidad sexual como una posibilidad de existencia humana y en los que toma decisiones con acciones afirmativas para la protección de la dignidad humana y los derechos fundamentales de las personas LGBTIQ+.

El siguiente cuadro resume pronunciamientos recientes de la Corte Constitucional respecto la diversidad sexual:

| SENTENCIA | PRONUNCIAMIENTO SOBRE LA DIVERSIDAD SEXUAL |
|-----------------------------|--|
| T-804 de 2014 ⁸ | Define la orientación sexual como la atracción física o emocional de una persona ya sea heterosexual, lesbiana, homosexual, bisexual o asexual: la identidad de género como la experiencia personal de ser hombre o mujer o de ser diferente y la expresión de género como la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a patrones socioculturales. Reconoce que dentro de los criterios sospechosos de discriminación se encuentran los que están sustentados en el sexo, la orientación sexual y la identidad de género. |
| T-063 de 2015 | Establece que la identidad sexual no está definida por factores objetivos como la genitalidad y por ende debe entenderse como una cuestión autónoma de la persona. |
| T-498 de 2017 ⁹ | Permite el cambio del componente “sexo” en los documentos de identidad pues reconoce que toda persona tiene derecho a modificar el sexo para que corresponda con la identidad sexual efectivamente asumida y vivida. |
| T-447 de 2019 ¹⁰ | Asume que el derecho a la igualdad obliga a que el Estado reconozca y respete la autodeterminación y el reconocimiento de las personas en asuntos diversos como la identidad y la expresión del género. Afirma que la identidad de género es una manifestación de la autodeterminación individual y por ende no puede estar vinculada a criterios físicos, médicos o psicológicos de comprobación para su protección. |
| T-033 de 2022 ¹¹ | Exhorta al Gobierno Nacional a incluir en los documentos de identificación la categoría de género no binaria y puntualiza: ‘En Colombia, con ocasión de las creencias sociales las personas LGBTIQ+ experimentan múltiples obstáculos para la manifestación de su identidad y el ejercicio de sus derechos’. |

⁸ Corte Constitucional, Sentencia T-804/14, disponible haciendo [clic acá](#)
⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-498/17, disponible haciendo [clic acá](#)
¹⁰ Corte Constitucional, Sentencia T-447/19, disponible haciendo [clic acá](#)
¹¹ Corte Constitucional, Sentencia T-033/22, disponible haciendo [clic acá](#)

Normativamente el ordenamiento jurídico también tiene herramientas para garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas LGBTIQ+ en el país, como es el caso del Decreto 762 de 2018¹² que tiene como objeto el reconocimiento de la igualdad y dignidad de todas las personas LGBTIQ+ y sus derechos inalienables. En el Decreto se incluye un lineamiento estratégico orientado a promover el reconocimiento e inclusión de la diversidad sexual mediante estrategias que promuevan el respeto y el reconocimiento de una sociedad plural y diversa.

4. Panorama actual de los ECOSIEG en Colombia.

Si bien los estándares internacionales sobre trastornos, enfermedades y desórdenes mentales ya no incluyen las orientaciones sexuales no heterosexuales ni las identidades y expresiones de género diversas como una patología aún existen diferentes corrientes de pensamiento que tienden a asumir la diversidad sexual y de género como una enfermedad y en consecuencia llevan a cabo prácticas para cambiar, revertir, reprimir o corregir la diversidad sexual.

Esas prácticas que, como se demuestra a continuación, aún se mantienen son una modalidad clara de violencia contra la población LGBTIQ+ y una vulneración directa a sus derechos sexuales y reproductivos. Así lo concluye el último informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH, sobre las violencias en contra de lesbianas, gays, bisexuales, transexuales e intersexuales en las Américas¹³.

El informe en cuestión revela que la CIDH ha recibido reportes y denuncias sobre personas, especialmente jóvenes, que están siendo sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes que hacen parte de terapias o tratamientos psicoterapéuticos en clínicas o centros de rehabilitación en donde sufren abuso físico y emocional con la finalidad de cambiar o reprimir su orientación sexual o identidad o expresión de género, concretamente el informe concluye:

*"Las víctimas por lo general son expuestas a abuso verbal sistemático, gritos, humillaciones y amenazas, son hospedadas en habitaciones con hacinamiento y reclusos en aislamiento durante largos periodos de tiempo; son privados de alimentos durante varios días u obligados a comer alimentos insalubres y beber aguas contaminadas"*¹⁴

Ese tipo de prácticas también han sido documentadas por la Asociación Internacional de Lesbianas y Gays, ILGA, adscrita al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, quien en su informe del año 2020

¹² Decreto 762 de 2018, por el cual se adopta la política pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, 7 de mayo de 2018, disponible haciendo [clic acá](#)

¹³ CIDH, "Violence against lesbian, gay, bisexual, trans and intersex persons in the americas", 2015, disponible haciendo [clic acá](#)

¹⁴ CIDH, "Violence against lesbian, gay, bisexual, trans and intersex persons in the americas", 2015, disponible haciendo [clic acá](#)

titulado poniéndole límites al engaño: un estudio jurídico mundial sobre la regulación legal de las mal llamadas terapias de conversión¹⁵ catálogo las diversas modalidades de ECOSIEG que se pueden presentar.

Dentro de las modalidades documentadas por ILGA que se usan en la actualidad están las prácticas de internación y aislamiento que consisten en alejar a la persona del mundo exterior y de dominar y controlar las necesidades básicas del individuo mientras se encuentra internado en una clínica o un centro de rehabilitación. También son frecuentes las técnicas aversivas que tienen como finalidad modificar el comportamiento sometiendo un estímulo a una sensación negativa, es decir, provocar placer pero hacer sentir dolor para que los estímulos que provocaron el placer sean asociados mentalmente a algo negativo.

Del mismo modo ILGA tiene documentadas formas de ECOSIEG que atentan contra la dignidad humana de las personas al generar culpa y miedo por tener una orientación o una identidad o expresión de género diversa, tal es el caso de las técnicas de psicoterapia que tienen como finalidad comprender el origen de la conducta tratándola siempre como algo desviado que puede corregirse y el caso del counseling en donde por medio de un asesoramiento religioso se pretende alinear la orientación sexual y la identidad y expresión de género a los cánones heteronormativos, binarios y cisgénero.

Las dinámicas de los ECOSIEG tienen fachadas diversas y un espectro amplio de alcance, así lo demuestra el colectivo de periodismo feminista Volcánicas que realizó un reportaje denominado "inconvertibles: la lucha en contra de las mal llamadas terapias de conversión, una tortura para las personas LGBTIQ+"¹⁶ en donde se afirma que los ECOSIEG tienen una diversidad de actores involucrados que van más allá de la persona sometida al ECOSIEG y quien lo proporciona puesto que involucra a todo un entorno cercano que promueve las mal llamadas terapias de conversión.

En el año 2020 el Instituto Williams de la Universidad de California en Los Ángeles realizó una encuesta en Colombia a personas sexualmente diversas con el fin de proporcionar una visión general e integral del estado de la salud y el bienestar de la población LGBTIQ+ colombiana. Los resultados fueron divulgados en el informe "Estrés, Salud y Bienestar de las personas LGBT en Colombia" y revelan que el 21% de las personas LGBTIQ+ ha recibido tratamiento de alguien que trató de cambiar o impedir su orientación sexual no heterosexual o su identidad y expresión de género diversa.

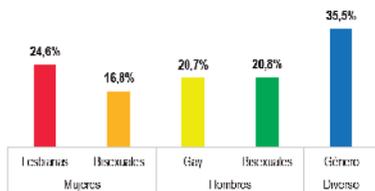
La cifra demuestra que en Colombia uno (1) de cada cinco (5) personas LGBTIQ+ ha sido sometida a un ECOSIEG, lo que significa que el 25% de las mujeres lesbianas, el 17% de las mujeres bisexuales, el 21% de los hombres bisexuales y el 35% de las personas transgénero ha sido víctima de un ECOSIEG.

¹⁵ ILGA, "Poniéndole límites al engaño. Estudio jurídico mundial sobre la regulación legal de las mal llamadas terapias de conversión", 2020, disponible haciendo [clic acá](#)

¹⁶ Volcánicas, "Inconvertibles: la lucha en contra de las mal llamadas terapias de conversión, una tortura para las personas LGBTIQ+", 5 de octubre de 2021, disponible haciendo [clic acá](#)

Gráfica 2. Fuente: Elaboración propia

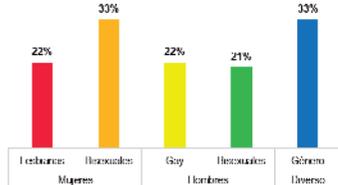
Porcentaje de personas LGBTIQ+ que han sido víctimas de ECOSIEG



Los datos resultan alarmantes máxime cuando se tiene en consideración que el mismo estudio revela que uno (1) de cada cuatro (4) personas LGBTIQ+ en Colombia ha intentado suicidarse por motivos de discriminación. El 22% de las mujeres lesbianas, el 23% de los hombres gay, el 22% de los hombres bisexuales, el 33% de las mujeres bisexuales ha decidido deliberadamente lastimarse con la intención de morir al menos una vez en su vida. En las personas con identidades y expresiones de género diversas la cifra aumenta pues uno (1) de cada tres(3) personas con identidad y expresión de género diversa ha intentado quitarse la vida en Colombia.

Gráfica 3. Fuente: Elaboración propia.

Porcentaje de personas LGBTIQ+ que han intentado suicidarse por discriminación



En octubre de 2021 el medio de comunicación RCN Radio dió a conocer el testimonio de una persona homosexual que fue sometida a una mal llamada terapia de conversión en una nota denominada "Testimonios sobre terapias de conversión" y las prácticas que vulneran los derechos de personas LGBTIQ+¹⁷. Allí se dió a conocer que "cada terapia de conversión" es decir, cada ECOSIEG, tiene unas características particulares y se publicó un testimonio en el cual la víctima afirma haber asistido a reuniones en donde lo hacían orar con el fin de abandonar su orientación sexual diversa.

En el mismo mes el colectivo de periodismo feminista Volcánicas publicó el reportaje denominado "inconvertibles: la lucha en contra de las mal llamadas terapias de conversión, una tortura para las personas LGBTIQ+"¹⁸ en el que se reúne una decena de testimonios de personas que afirman haber sido sometidas a ECOSIEG donde además de intentar cambiar su orientación, identidad o expresión de género, les violentaban y abusaban de sus derechos.

Los testimonios tienen en común la manipulación emocional y psicológica ejercida por el entorno cercano de la persona, la patologización de las orientaciones sexuales no heterosexuales, las identidades y expresiones de género diversas y diferentes formas de violencia física y psicológica ejercida en centros de atención o rehabilitación o en iglesias y comunidades religiosas de Colombia.

En febrero de 2022 la revista Semana publicó una investigación denominada "La casa del horror: así torturaban en Bogotá a jóvenes drogadictos, obesos y homosexuales"¹⁹ en donde se dió a conocer a la opinión pública que la IPS Resurgir a la vida ubicada en la ciudad de Bogotá fue allanada por la Fiscalía General de la Nación en un operativo en el que se capturaron a cinco personas investigadas por los delitos de tortura agravada, secuestro, amenazas y concierto para delinquir.

En el operativo se evidenció que la IPS tenía recluida a una persona homosexual a quien trataban de manera soes y vulgar permanentemente. Los testimonios recolectados por el medio de comunicación afirman que a la persona homosexual le repetían que "ahí se iba a volver un hombre" y lo maltrataban físicamente.

La investigación revela que la IPS proporcionaba sedantes a los familiares para doblegar la voluntad de la persona y poder así internarla dentro de las instalaciones en donde eran sometidos a un ritual de iniciación y a un régimen de disciplina que controlaba sus necesidades básicas y sancionaba las faltas con castigos físicos y violentos tal y como lo confirma el periódico el tiempo en su reportaje "La IPS que funcionaba como una secta en el barrio Normandía"²⁰

¹⁷ RCN Radio, "Testimonios sobre terapias de conversión y las prácticas que vulneran derechos de personas LGBTIQ+", 26 de octubre de 2021, disponible haciendo [clic acá](#)

¹⁸ Volcánicas, "Inconvertibles: La lucha en contra de las mal llamadas terapias de conversión, una tortura para las personas LGBTIQ+", 5 de octubre de 2021, disponible haciendo [clic acá](#)

¹⁹ Revista Semana, "La casa del horror: así torturaban en Bogotá a jóvenes drogadictos, obesos y homosexuales", 2 de febrero de 2022, disponible haciendo [clic acá](#)

²⁰ El Tiempo, "La IPS que funcionaba como una secta en el barrio Normandía", 28 de febrero de 2022, disponible haciendo [clic acá](#)

| | |
|--|--|
| <p>En abril de 2022 el periódico El tiempo publicó una nota denominada "El duro relato de una colombiana sometida a una terapia de conversión gay" en la que se da cuenta de una historia de vida que ha estado marcada por los ECOSIEG desde terapias hormonales hasta exorcismos, el testimonio es confirmado por otros medios como la BBC²¹ y Noticias RCN²² quienes reconocen que los ECOSIEG aun son una práctica frecuente en Colombia y publicaron la historia de una mujer a quien su familia mediante engaños sometió desde que era menor de edad a prácticas degradantes e inhumanas para convertir y cambiar su orientación sexual e identidad de género.</p> <p>Ahora bien, todas las modalidades de ECOSIEG que se practiquen son inocuas y no tienen sustento científico: Para demostrarlo La Organización Panamericana de la Salud en el año 2012 hizo un llamado a la comunidad internacional alertando que las mal llamadas terapias de conversión no tienen ninguna justificación médica y que al contrario de demostrar ser eficaces representan una grave amenaza para la salud mental y los derechos humanos de las personas LGBTIQ²³. Igual opinión tiene la Asociación de Psiquiatría Americana quien se opone a la patologización de la diversidad sexual y afirma que la orientación sexual no se puede cambiar y no requiere tratamiento²⁴.</p> <p>5. El Derecho Internacional de los Derechos Humanos es vulnerado por los ECOSIEG.</p> <p>Los ECOSIEG no han demostrado ser eficaces, al contrario se han constituido como una práctica discriminatoria y violenta que está basada en la patologización de las orientaciones sexuales no heterosexuales y las identidades y expresiones de género diversas y que representan una modalidad de tortura:</p> <p><i>"dado que la terapia de conversión puede infligir dolor o sufrimiento intenso, dada también la ausencia de una justificación médica y de consentimiento libre e informado y que esta arraigada en la discriminación basada en la orientación sexual o la identidad o expresión de género, estas prácticas pueden constituir un acto de tortura o, un ejemplo de otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes"</i>²⁵</p> <hr/> <p>²¹ BBC News, "Me obligaban a orar ya sacarle al demonio que tenía dentro, el duro relato de una colombiana sometida a una terapia de conversión gay", 19 de abril de 2022, disponible haciendo clic acá</p> <p>²² Noticias RCN, "Me hacían exorcismos lanzándome agua bendita, crudo relato de mujer trans colombiana", 20 de abril de 2022, disponible haciendo clic acá</p> <p>²³ OPS, "OPS advierte que "terapias" de cambio de orientación sexual no tienen justificación médica y amenazan bienestar de las personas", 17 de mayo de 2012, disponible haciendo clic acá</p> <p>²⁴ APA, "Orientación sexual e identidad de género", 2013, disponible haciendo clic acá</p> <p>²⁵ UN, "Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity", 17 de noviembre de 2011, disponible haciendo clic acá</p> | <p>Las modalidades de los ECOSIEG van en contra entonces del derecho fundamental a no ser sometido a torturas ni a tratos o penas crueles inhumanas o degradantes consagrado en el artículo 12 de la Constitución Política y en el artículo 5.2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El hecho de intentar convertir o reprimir la orientación sexual, identidad o expresión de género de alguien parte de la premisa de no reconocer al otro como igual, lo que genera una discriminación y un escenario de desigualdad en el acceso y disfrute de los Derechos Fundamentales.</p> <p>Así mismo los ECOSIEG se constituyen como un escenario de discriminación en contra de la población LGBTIQ+, lo que contradice el artículo 13 constitucional que establece que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen, lengua, religión u opinión.</p> <p>Ejemplo de lo anterior es la observación general No. 22 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva, que concluye que los ECOSIEG vulneran el principio de no discriminación que exige que las personas LGBTIQ+ sean plenamente respetadas por su orientación sexual, identidad y expresión de género y no deben ser tratadas como pacientes que necesitan ser curados mediante algún tratamiento.</p> <p>En ese sentido la observación considera que los ECOSIEG pueden causar graves daños psicológicos incluyendo ansiedad, confusión, ira, culpa, vergüenza, baja autoestima y entre otras consecuencias negativas que motivan a las personas LGBTIQ+ al suicidio ya que como lo demuestra el Proyecto Global Contra el Odio y el Extremismo las personas LGBTIQ+ que han experimentado un ECOSIEG tienen casi el doble de probabilidad de cometer conductas suicidas en comparación con las personas LGBTIQ+ que no han experimentado un ECOSIEG²⁶.</p> <p>Dichas afectaciones son una vulneración clara al Derecho a la Salud reconocido como fundamental en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por Colombia por la Ley 74 de 1968.</p> <p>Además de lo anterior los ECOSIEG representan una vulneración a las libertades fundamentales de cada individuo, particularmente el libre desarrollo de la personalidad consagrado en el artículo 16 de la Constitución Política. La libertad de expresión consagrado en el artículo 20 de la Constitución Política y el derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica consagrado en el artículo 14 de la Constitución.</p> |
| <p>Diferentes organizaciones reconocen que los ECOSIEG suelen practicarse a una edad temprana en la que los niños, niñas y adolescentes son más vulnerables a la presión de sus padres y entorno cercano²⁷ lo que provocó que se internalicen en el menor valores negativos sobre la diversidad sexual y se generen consecuencias negativas en su salud mental²⁸, lo que va en contra de los Derechos Fundamentales de los menores de edad, que en razón al artículo 44 constitucional tienen un interés superior en el ordenamiento jurídico, y en contra de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño ratificada por Colombia en la Ley 12 de 1991²⁹.</p> <p>Por otro lado, en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos existen unos principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género denominados los Principios de Yogyakarta³⁰, los cuales orientan la aplicación de los derechos humanos a la orientación sexual y la identidad de género.</p> <p>Son 29 principios que buscan brindar recomendaciones a los Estados sobre la garantía para el acceso y el disfrute de los derechos humanos de la población sexualmente diversa, de ellos hay tres que están relacionados con los ECOSIEG y que se pueden ver vulnerados con la ausencia de una prohibición a los ECOSIEG: No discriminación, Reconocimiento de la personalidad jurídica y no ser sometido a tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes.</p> <p>6. Recomendaciones internacionales para legislar sobre los ECOSIEG.</p> <p>Los ECOSIEG han llamado la atención de la comunidad internacional y en particular la de organismos multilaterales y Organizaciones No Gubernamentales activistas por la defensa de los derechos de las personas LGTIO+ por representar un contexto de discriminación y vulneración de derechos.</p> <p>Los ECOSIEG se han asociado a una vulneración al derecho a la salud, particularmente como una vulneración a la salud sexual y reproductiva. En ese orden de ideas, la observación general No. 22 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva reconoce que la población LGBTIQ+ es más propensa a ser objeto de</p> <hr/> <p>²⁷ APA, "Resolución sobre respuestas afirmativas apropiadas a la angustia por orientación sexual y esfuerzos de cambio", disponible haciendo clic acá</p> <p>²⁸ Journal of Homosexuality, "Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: implications for young adult mental health and adjustment", 7 de noviembre de 2018, disponible haciendo clic acá</p> <p>²⁹ Ley 12 de 1991, "Por medio de la cual se aprueba la convención sobre los derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989", enero 22 de 1991, disponible haciendo clic acá</p> <p>³⁰ Comisión Internacional de Juristas, "Principios de YOGYAKARTA", 2007, disponible haciendo clic acá</p> | <p>discriminación múltiple y en razón de ello recomienda a los Estados contar con leyes que prevengan y eliminen la discriminación, el estigma y los estereotipos negativos en el contexto de la salud sexual.</p> <p>Establece las Naciones Unidas en el documento que los Estados tienen la obligación de proteger a su población de la vulneración de derechos humanos en el contexto de la salud sexual mediante herramientas que eviten la injerencia directa o indirecta de terceros en el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, por ello recomienda a los Estados que aprueben leyes que prohíban las prácticas nocivas y los comportamientos de terceros que causen daño a la integridad física o mental o que vulneren el derecho a la salud.</p> <p>Esa recomendación se acentúa en el Informe "Práctica de las llamadas "terapias de conversión"³¹ del experto independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, en donde concretamente se recomienda a los Estados que prohíban las terapias de conversión y se ofrecen algunas consideraciones para lograr la prohibición:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Estableciendo por las vías jurídicas o administrativas que correspondan, una definición de las prácticas prohibidas y velando por que no se utilicen fondos públicos de manera directa o indirecta, para financiarlas" • "prohibiendo la publicidad de las terapias de conversión y la aplicación de esas terapias en los entornos sanitarios, religiosos, educativos, comunitarios, comerciales o de otra índole ya sean públicos o privados" • "Estableciendo un sistema de sanciones para quienes no respeten la prohibición y velando por que las denuncias se investiguen sin demora" • "Velen por que las orientaciones sexuales y las identidades de género diversas dejen de figurar como patologías en las clasificaciones médicas estatales y no estatales que influyen en las políticas de salud pública y en los diagnósticos realizados en la atención de salud" <p>El informe también exhorta a los Estados a prohibir los ECOSIEG desde la perspectiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y en particular desde el marco jurídico regional y local relativo a la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes puesto que, afirma el informe: "las terapias de conversión pueden generar la responsabilidad internacional del Estado en cuestión".</p> <hr/> <p>³¹ Consejo de Derechos Humanos Naciones Unidas. "Informe del experto independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o de género. Práctica de las llamadas terapias de conversión", 3 de julio de 2020, disponible haciendo clic acá</p> |

La misma recomendación de prohibición la hace la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su informe "Avances y Desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas" en donde se reconoce que las mal llamadas terapias de conversión "generan daño en la salud física, mental y social y no deberían ser aceptadas como terapias médicas, debiendo, por lo tanto, ser prohibidas"³²

En diciembre de 2021 la CIDH se manifestó a favor de la Ley de Canadá que prohibió los ECOSIEG a nivel nacional invitando a los estados a "Unirse a Canadá en la erradicación de estas prácticas nocivas promoviendo información objetiva, científica y basada en pruebas sobre el impacto negativo que tienen en la vida, la integridad personal y la salud"³³

La prohibición de los ECOSIEG permite que las personas no conformes con su género o su orientación sexual puedan acceder de manera libre y voluntaria a otro tipo de intervenciones que no busquen su cambio o represión sino que partan de la información constructiva de la diversidad sexual, la validación y reafirmación de las orientaciones sexuales y las identidades y expresiones de género diversas.

Ese tipo de intervención es la recomendación internacional que existe desde la Asociación Psiquiátrica Americana³⁴ en donde se exhorta a los profesionales en salud a asumir la atención psicológica de personas no conformes con el género y la orientación sexual desde el respeto por la dignidad humana y los derechos sexuales y reproductivos, para ello se ha expedido el documento "guías para la práctica psicológica con personas transgénero y personas no conformes con el género"³⁵ donde se orienta, entre otras cosas, a ser consciente de cómo las actitudes y conocimientos sobre la identidad y expresión de género afecta la calidad de la atención que se presta a las personas sexualmente diversas y sus familias.

La prohibición de los ECOSIEG también ha sido recomendada por diferentes Organizaciones No Gubernamentales alrededor del mundo, la siguiente tabla reúne y resume algunos pronunciamientos al respecto:

³² CIDH, "Avances y Desafíos hacia el reconocimiento de los derechos de las personas LGBTI en las Américas", 7 de diciembre de 2018, disponible haciendo [clic acá](#)

³³ CIDH, "CIDH saluda la enmienda del Código Penal que prohíbe los intentos de modificar la orientación sexual, identidad y expresión de género en Canadá", 16 de diciembre de 2021, disponible haciendo [clic acá](#)

³⁴ APA, "Resolución sobre respuestas afirmativas apropiadas a la angustia por orientación sexual y esfuerzos de cambio", disponible haciendo [clic acá](#)

³⁵ APA, "guías para la práctica psicológica con personas transgénero y personas no conformes con el género", 2015, disponible haciendo [clic acá](#)

| ONG | Posición sobre los ECOSIEG | Recomendación sobre los ECOSIEG |
|---|--|--|
| OutRight Action International ³⁶ | "terapia de conversión" describe el proceso para cambiar, revertir, suprimir o reprimir una orientación sexual e identidad de género para alinearla a los cánones heteronormativos y cis género. | Prohibir a nivel local y nacional todas las formas de las "terapias de conversión" y acompañar la prohibición con medidas que permitan aceptar e incluir a la población LGBTQ+. |
| GPAHE ³⁷ | la terapia de conversión ha sido condenada por médicos, psicólogos y organizaciones profesionales en varios países. | Esas prácticas son extremadamente dañinas, es necesario prohibirlas. |
| AllOut ³⁸ | Son practicas que buscan tratar de cambiar o borrar la orientación sexual o identidad de género de una persona para hacerla heterosexual o cis género | Las prácticas están basadas en la idea, rechazada por la medicina y las ciencias de la salud, de que ser LGBTQ+ es una enfermedad que se debe curar, por ende deberían estar prohibidas. |
| Liberarte ³⁹ | Las terapias de conversión no son éticas y no tienen respaldo científico, alimenta sentimientos de vergüenza y culpa. | Exhorta a los estados a prevenir los ECOSIEG para que no existan vulneraciones de derechos humanos. |

All Out es una iniciativa ciudadana global que une esfuerzos en diferentes países del mundo por la defensa de los derechos de las personas LGBTQ+. En el mes de diciembre de 2021 el movimiento hizo entrega al autor de este proyecto de Ley de cuarenta mil (40.000) firmas recolectadas que reclaman al poder legislativo del país la prohibición de las mal llamadas terapias de conversión.

7. Experiencia internacional.

En el mundo se han producido diferentes legislaciones respecto los ECOSIEG y pueden clasificarse en tres tipos de regulación: la prohibicionista, la restriccionista y la criminalizadora.

³⁶ OutRight, "The global reach of so-called conversion therapy", 12 de agosto 2019, disponible haciendo [clic acá](#)

³⁷ GPAHE, "The Players antiLGBTIQ+ conversion therapy proponents who wrongly believe that sexual orientation and gender identity can and should be changed have found a home online", enero 2022, disponible haciendo [clic acá](#)

³⁸ AllOut, "Por el fin de las terapias de conversión en Colombia", 2021, disponible haciendo [clic acá](#)

³⁹ Liberarte "¿necesito una terapia para cambiar mi orientación sexual?", 2019, disponible haciendo [clic acá](#)

Modelo prohibicionista:

El modelo prohibicionista es aquel que prohíbe y sanciona los ECOSIEG desde su publicidad hasta su práctica y enfatiza en que no pueden ser ofrecidos ni practicados por profesionales y no profesionales de la salud. Ejemplo de ello es el Acuerdo Ministerial No. 767 de la República de Ecuador⁴⁰ que prohíbe a los centros de rehabilitación y a las personas naturales o jurídicas ofrecer, practicar o recomendar tratamientos o terapias que tengan como finalidad la afectación de los Derechos Humanos.

Similar acontece en Malta, en donde la Ley No. IV de 2016⁴¹ prohíbe enfáticamente a toda persona realizar terapias de conversión en personas vulnerables, realizar cualquier tipo de procedimiento de manera forzada y publicar cualquier tipo de tratamiento que tenga como finalidad el cambio o la represión de la orientación sexual o la identidad y expresión de género. La Ley en Malta considera como una persona vulnerable a aquella que tiene menos de 16 años de edad o que ha sido declarada como incapaz.

Modelo Restriccionista:

El modelo restriccionista es aquel que prohíbe la práctica de los ECOSIEG pero limita la restricción a un sector de la sociedad, generalmente a los profesionales en salud. El hecho de prohibir de manera sectorizada la práctica de los ECOSIEG puede ocasionar que personas no profesionales de la salud con corrientes de pensamiento tendientes a la patologización de la diversidad sexual publiquen y practiquen los ECOSIEG.

Tal es el caso de la Ley 21331 de Chile⁴² que establece que el diagnóstico del estado de salud mental de una persona puede basarse en criterios relacionados con la identidad u orientación sexual y que deberá establecerse conforme la técnica clínica, lo que tiene como consecuencia que ningún profesional de la salud pueda ofrecer o practicar algún ECOSIEG pues la Ley no contempla la patologización de la diversidad sexual en el sector de la salud.

Igual sucede en Brasil en donde la Ley No. 5.766 prohíbe la patologización de comportamientos y prácticas homoeróticas y reconoce las expresiones e identidades de género diversas como posibilidades de existencia humana prohibiendo al personal de talento humano en salud prestar y difundir los ECOSIEG.

Modelo criminalizador.

⁴⁰ Ministerio de Salud Pública, "Acuerdo Ministerial 767", 11 de mayo de 2012, disponible haciendo [clic acá](#)

⁴¹ Parlamento de Malta, "Ley No. IV, Ley de afirmación de orientación sexual, identidad de género y expresión de género", 9 de diciembre de 2016, disponible haciendo [clic acá](#)

⁴² Congreso Nacional de Chile, "Ley 21331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de la salud mental", 11 de mayo de 2021, disponible haciendo [clic acá](#)

El modelo criminalizador se caracteriza porque tipifica de manera independiente los ECOSIEG como una conducta delictiva con penas privativas de la libertad para quien los publicite o los practique. Así sucede en Canadá en donde la Ley No. C-4F⁴³ reforma el Código Penal contemplando los ECOSIEG como delito y agravando la conducta cuando es cometida en contra de menores de edad. Al igual que en Francia en donde la Ley contempla penas de hasta 2 años de cárcel y multas de 34.000 USD para quien practique o publicite los ECOSIEG.

La siguiente tabla resume las legislaciones internacionales que se han producido respecto los ECOSIEG y que tienen un carácter nacional, es decir, que rigen en todo el territorio del país que la promulga.

| PAÍS | ¿CÓMO REGULARON LOS ECOSIEG? |
|--|---|
| BRASIL Ley No. 5.766 | Prohibió a Psicólogos prestar y difundir ecosieg además de imponerles la obligación de abstenerse de cualquier acción que favorezca la discriminación por razón de género. Prohibió la patologización de comportamientos y practicas homoeróticas al reconocer las expresiones e identidades diversas como posibilidades de existencia humana |
| ECUADOR Acuerdo ministerial 000767/2012 | Prohibió a los centros asistenciales de salud el ofrecer, practicar, recomendar tratamientos o terapias que tengan como finalidad el cambio de la orientación sexual, identidad o expresión de género. Constituyó los ecosieg como un agravante del delito de tortura. |
| MALTA Act IV. | estableció como delito los ecosieg y prohibió a toda persona hacer ecosieg en menores de 16 años y mayores vulnerables, definió las personas vulnerables como aquellas que sufren un trastorno mental , y que enfrentan cualquier situación de dependencia, en consideración el estado psicológico y/o estado emocional . |

⁴³ Parlamento de Canadá, "Ley de reforma del código penal, terapia de conversión" 8 de diciembre de 2021, disponible haciendo [clic acá](#)

| | |
|-----------------------------|---|
| CANADÁ Act. C-4 | volvió delito los ECOSIEG, definió las prácticas y declaró que los ECOSIEG fomentan estereotipos. |
| CHILE Ley 21.331 | Prohibió que la orientación, identidad y expresión sean considerados para realizar un diagnóstico de salud mental. |
| FRANCIA | Estableció los ecosieg como delito con penas de 3 años y multas en dinero. |
| FIJI / NAURU / SAMOA | Una persona no puede ser considerada mentalmente enferma por que expresa una preferencia u orientación sexual. |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

APA, 2022. Guías para la práctica psicológica con personas transgénero y personas no conformes con el género. [online] Apa.org. Disponible en: <<https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines-transgender-spanish.pdf>> [Consultado 1 May 2022].

APA, <https://www.apa.org>, 2022. Orientación sexual y identidad de género. [online] Disponible en: <<https://www.apa.org/topics/lgbtq/sexual>> [Consultado 9 May 2022].

APA, <https://www.apa.org>, 2022. Resolution on Appropriate Affirmative Responses to Sexual Orientation Distress and Change Efforts. [online] Available at: <<https://www.apa.org/about/policy/sexual-orientation>> [Accessed 9 May 2022]

AllOut, 2022. ¡No más "terapias de conversión" en Colombia!. [online] Campaigns.allout.org. Disponible en: <<https://campaigns.allout.org/es/colombia-conversion-therapy>> [Consultado 17 April 2022].

BBC News, 2022. "Me obligaban a orar y a sacarme al 'demonio' que tenía dentro": el duro relato de una colombiana sometida a una terapia de conversión gay - BBC News Mundo. [online] BBC News Mundo. Disponible en: <<https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-59859117>> [Consultado 9 May 2022].

CIDH, 2022. [online] Oas.org. Disponible en: <<http://www.oas.org/en/iachr/reports/pdfs/ViolenceLGBTIPersons.pdf>> [Consultado 9 May 2022].

CIDH, 2022. Reconocimiento de derechos de personas LGBTI. [online] Oas.org. Disponible en: <<https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/LGBTI-ReconocimientoDerechos2019.pdf>> [Consultado 3 May 2022].

Corte Constitucional, 2014. Sentencia de Tutela T-804 de 2014. MP. Jorge Iván Palacio Palacio.

Corte Constitucional, 2017. Sentencia de tutela T-498 de 2017. MP. Cristina Pardo Schlesinger.

Corte Constitucional, 2019. Sentencia de Tutela T-447 de 2019. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Corte Constitucional, 2022. Sentencia de Tutela T-033 de 2022. MP. Gloria Stella Ortiz Delgado.

Congreso Nacional de Chile, "Ley 21331 Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de la salud mental", 11 de mayo de 2021

Comisión Internacional de Juristas, "Principios de YOGYAKARTA", 2007

Decreto 762 de 2018. "Por el cual se adopta la política pública para la garantía del ejercicio efectivo de los derechos de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas. 7 de mayo de 2018, Bogotá, Colombia.

GPAHE, 2022. Tech companies must protect users from anti-LGBTQ content online. [online] Global Project Against Hate and Extremism. Available at: <<https://globalextrism.org/post/new-gpahe-reports-reveal-harmful-conversion-therapy-disinformation-thriving-online-especially-in-non-english-languages/>> [Accessed 9 May 2022].

ILGA, M., 2022. [online] Ilga.org. Disponible en: <https://ilga.org/downloads/ILGA_World_poniendole_limite_engano_estudio_juridico_mundial_terapias_de_conversion.pdf> [Consultado 1 May 2022].

Journal of Homosexuality, 2022. Parent-Initiated Sexual Orientation Change Efforts With LGBT Adolescents: Implications for Young Adult Mental Health and Adjustment. [online] Taylor & Francis. Available at: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00918369.2018.1538407?journalCode=wjhm20>> [Accessed 9 May 2022].

Ley 12 de 1991, "Por medio de la cual se aprueba la convención sobre los derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989", enero 22 de 1991

Liberarte, 2022. Terapias de conversión no son éticas ni científicas | LIBERARTE. [online] LIBERARTE. Disponible en: <<https://liberarte.com/blog/orientaciones-sexuales-diversas/terapias-de-conversion/>> [consultado 5 May 2022].

Mitchell, C., 2022. OPS/OMS | OPS advierte que. [online] Pan American Health Organization / World Health Organization. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6803:2012-terapias-change-sexual-orientation-lack-medical-justification-threaten-health&Itemid=1926&lang=es> [Consultado 9 May 2022].

Ministerio de Salud Pública, "Acuerdo Ministerial 767", 11 de mayo de 2012. Quito, Ecuador.

Noticias RCN, 2022. [online] Disponible en: <<https://www.noticiasrcn.com/tendencias/colombiana-sometida-a-terapias-de-conversion-gay-416612>> [consultado 6 May 2022].

OEА, 2022. CIDH saluda la enmienda del Código Penal que prohíbe los intentos de modificar la orientación sexual, identidad y expresión de género en Canadá. [online] Oas.org. Disponible en <<https://www.oas.org/pt/CIDH/jfsForm?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2021/341.asp>> [Consultado 1 May 2022].

Organización Naciones Unidas, C., 2022. Acabar con las "terapias de conversión", la lucha de un experto en derechos humanos. [online] Noticias ONU. Disponible en: <<https://news.un.org/es/story/2022/02/1504082>> [Consultado 5 May 2022].

Organización Mundial de la Salud, 2022. Género y salud. [online] Who.int. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=Definiciones,personas%20con%20identidades%20no%20binarias.>> [Consultado 8 May 2022].

Organización Mundial Salud, 2022. Salud sexual. [online] Who.int. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1> [Consultado 4 May 2022].

OutRight, 2022. The Global Reach of So-Called Conversion Therapy. [online] OutRight Action International. Available at: <<https://outrightinternational.org/reports/global-reach-so-called-conversion-therapy>> [Accessed 9 May 2022].

Parlamento de Malta, "Ley No. LV. Ley de afirmación de orientación sexual, identidad de género y expresión de género", 9 de diciembre de 2016

Parlamento de Canadá, "Ley de reforma del código penal, terapia de conversión" 8 de diciembre de 2021

Profamilia, 2022. ¿Qué son las identidades de género? - Profamilia. [online] Profamilia. Disponible en: <<https://profamilia.org.co/aprende/diversidad-sexual/identidades-de-genero/>> [Consultado 3 May 2022].

RCN radio, 2022. Terapias de conversión y las prácticas que vulneran derechos de personas LGBTQ. [online] RCN Radio. Disponible en: <<https://www.rcnradio.com/recomendado-del-editor/testimonios-sobre-terapias-de-conversion-y-las-practicas-que-vulneran>> [consultado 5 May 2022].

Revista Semana, 2022. [online] Disponible en: <<https://www.semana.com/nacion/articulo/la-casa-del-horror-la-ips-donde-torturaban-jovenes-drogadictos-o-besos-y-homosexuales/202201/>> [consultado 1 May 2022].

Tiempo, C., 2022. La IPS que funcionaba como una secta en el barrio Normandía. [online] El Tiempo. Disponible en:

<<https://www.eltiempo.com/bogota/detalles-ineditos-de-la-ips-resurgir-a-la-vida-que-torturaba-a-pacientes-654442>> [Consultado 9 May 2022].

UNFE, 2022. UN Free & Equal | DEFINITIONS. [online] UN Free & Equal Disponible en: <<https://www.unfe.org/es/definitions/>> [Consultado 8 May 2022].

United Nations, 2022. [online] Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Discrimination/A.HRC.19.41_English.pdf> [Consultado 1 May 2022].

Volcánicas, 2022. Inconvertibles: La lucha en contra de las mal llamadas "terapias de conversión", una tortura para las personas LGBTQ+ - Volcánicas. [online] Volcánicas. Disponible en: <<https://volcanicas.com/inconvertibles-la-lucha-en-contra-de-las-mal-llamadas-terapias-de-conversion-una-tortura-para-las-personas-lgtbq/>> [Consultado 1 May 2022].

PONENCIAS

INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY NÚMERO 303 DE 2021 CÁMARA

por medio de la cual se adoptan medidas para promover la inclusión educativa de la población sorda en Colombia.

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Bogotá, 13 de mayo de 2022</p> <p style="text-align: center;">INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE PROYECTO DE LEY NÚMERO 303 DE 2021 CÁMARA</p> <p>"Por medio de la cual se adoptan medidas para promover la inclusión educativa de la población sorda en Colombia"</p> <p>Honorables Representantes RODRIGO ARTURO ROJAS LARA Presidente Comisión Sexta Constitucional Permanente JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA Presidente Cámara de Representantes.</p> <p>Referencia: Informe de ponencia para segundo debate al Proyecto de Ley N° 303 de 2021 Cámara <i>"Por medio de la cual se adoptan medidas para promover la inclusión educativa de la población sorda en Colombia"</i></p> <p>En cumplimiento del encargo hecho por la Mesa Directiva de la Comisión Sexta Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes y de conformidad con lo establecido en el artículo 156 de la Ley 5ª de 1992, me permito rendir informe de ponencia para Segundo Debate en Cámara del Proyecto de Ley N° 303 de 2022 Cámara, para su consideración y discusión en la Plenaria de la Cámara de Representantes.</p> <p>Por tanto, el Informe de Ponencia se desarrolla de acuerdo a la siguiente estructura:</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Antecedente y trámite de la iniciativa II. Objeto y Contenido del Proyecto de Ley III. Exposición de Motivos IV. Marco Jurídico V. Derecho Comparado y experiencia internacional VI. Conveniencia del Proyecto de Ley VII. Modificaciones VIII. Impacto Fiscal IX. Posibles conflictos de interés. X. Proposición | <p style="text-align: center;">I. Antecedente y trámite de la iniciativa</p> <p>En la legislatura 2020-2021 se radico el Proyecto de Ley 424 de 2020 Cámara, que tenía como finalidad garantizar la inclusión efectiva de la población con limitaciones auditivas y de lenguaje en Colombia. Esta iniciativa fue archivada por tránsito de legislatura al no surtirse su primer debate en comisión. No obstante, en la discusión de la iniciativa se socializó su contenido con diferentes dependencias del Ministerio de Educación Nacional MEN y con el Instituto Nacional para Sordos INSOR.</p> <p>Muestra de lo anterior, fue la Mesa Técnica de Trabajo adelantada en fecha 8 de junio del 2021, que contó con la participación del Director de Fortalecimiento a la Gestión Territorial en calidad de Viceministro (E) de Educación Preescolar, Básica y Media del MEN; la Directora de Calidad para la Educación Preescolar, Básica y Media del MEN; la Subdirectora de Fomento de Competencias del MEN; y la Directora del INSOR.</p> <p>En lo que respecta al Proyecto de Ley 424 de 2020C, se expuso por parte de la Directora del INSOR el Concepto emitido por parte de dicho establecimiento en fecha 24 de mayo de 2021, en donde de manera técnica y jurídica el INSOR realizó diversas recomendaciones de modificación del articulado con la finalidad que la iniciativa legislativa tuviera viabilidad y se enfocara en el objetivo de fortalecer a nivel territorial la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos OBBS, evidenciándose el profundo conocimiento de este órgano asesor del MEN en los temas referentes a la educación de la población sorda del país.</p> <p>Por lo anterior, continuando con la tarea de brindar mejores condiciones socio-económicas a la población Sorda de Colombia y acatando las valiosas recomendaciones del INSOR, en fecha 1 de setiembre de 2021 se radico nuevamente la presente iniciativa legislativa, la cual fue publicada en la Gaceta 1283 de 2021, con el número 303 de 2021C. El proyecto surtió su primer debate en la Comisión Sexta Constitucional Permanente de la Cámara de Representantes el 4 de mayo del presente año, luego del cual se me designó como ponente para rendir el informe de ponencia para su discusión en segundo debate, el cual presento a continuación.</p> <p style="text-align: center;">II. Objeto y Contenido del Proyecto</p> <p>Este proyecto tiene como objeto, implementar medidas que propendan por la inclusión efectiva de la población sorda en el sistema educativo colombiano.</p> <p>El proyecto busca a través de las entidades territoriales certificadas en educación materializar la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos - OBBS, ya definida por el Gobierno Nacional en desarrollo de la Ley 1618 de 2013 y el Decreto 1075 de 2015, como una de las medidas para garantizar el derecho a la educación de las personas con discapacidad. Para ello, el proyecto contiene 5 artículos direccionados en su conjunto a la implementación de la OBBS en los respectivos territorios, incorporando los ajustes razonables que requieran los estudiantes sordos para recibir una enseñanza pertinente y de calidad.</p> |
| <p style="text-align: center;">III. Exposición de Motivos</p> <p>La problemática de la población sorda o con discapacidad auditiva en Colombia está claramente caracterizada. Según la Sala situacional de las Personas con Discapacidad¹, desde el año 2002 al 2018, de cada 100 colombianos 3 están en el Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), lo cual equivale al 2,9% de la población (1.448.889 colombianos), de estos, el 59% es mayor a 50 años de edad (843.584), mientras que el 11% es menor de edad (159.378).</p> <p>Por sexo, se observa que la discapacidad tiene mayor prevalencia en hombres que en mujeres hasta los 49 años de edad, ya que el 50,5% de las personas inscritas en el RLCPD son hombres (720.563).</p> <p>También se observa en el registro que, de cada 100 personas mayores de 80 años, 33 presentan algún tipo de discapacidad, la alteración más frecuente es en un 34% la relacionada con la movilidad del cuerpo (discapacidad motora, de brazos, cuerpo y piernas) seguida de discapacidad visual, del sistema nervioso y de la voz y el habla.</p> <p>Frente a la discapacidad por pérdida de audición el Instituto Nacional para Sordos (INSOR), estima que para el año 2019 existían aproximadamente 554.119 personas sordas en el país, de las cuales estiman que tan solo el 11% en edad escolar (entre 5 y 16 años) están matriculados en el sistema educativo. Esto debido a que esta población tiene unas circunstancias particulares y además es lingüísticamente minoritaria lo cual ha hecho que tradicionalmente se haya visto privada de una educación adecuada y adaptable a las necesidades particulares que afronta. Como consecuencia de ello enfrentan aislamiento, segregación y cambios emocionales que redundan en somatización de otras enfermedades que hacen aún más precaria su condición de salud.</p> <p>Así mismo, el INSOR reporta que en el territorio colombiano hay un bajo índice de ocupación laboral de las personas con discapacidad, y que la mayoría de personas que son contratadas se encuentran en un nivel técnico, que no trasciende hacia el nivel profesional y que trae consigo un menor nivel de ingreso: en este nivel los individuos realizan tareas operativas, que en la mayoría de los casos incide en las pocas posibilidades de ascenso al interior de las organizaciones. Por otro lado, se observa que existe una problemática frente a las condiciones idóneas socio – laborales y la formalidad, ya que un gran porcentaje de personas sordas no tienen acceso a un trabajo estable pues no son vinculados mediante contrato formal.</p> <p>Como factores que pueden estar determinando esta exclusión del mundo laboral y que explican el perfil laboral que presenta la población sorda en Colombia, se pueden mencionar cinco principales² el bajo nivel educativo logrado por la población, la discriminación de género, la presencia de una alta población adulta mayor, el poco acceso a las tecnologías de la información y la comunicación y las dificultades para acceder</p> | <p>a los servicios de salud relacionados con su discapacidad.</p> <p>En el campo económico el INSOR reporta que las personas sordas, en su condición de discapacidad, presentan altos índices de pobreza, lo que contribuye a la falta de la garantía del goce efectivo de sus derechos; manifiesta que estas situaciones de pobreza se evidencian en las condiciones de vivienda en las que habitan, que en la mayoría de los casos atienden a los estratos socioeconómicos más bajos.</p> <p>Los costos que implican para el Estado, la sociedad y las familias tener personas en condición de discapacidad, en situación de dependencia, son muy altos. Para las familias, está la reducción de sus ingresos y ganancias por los gastos que implica, como alimentación, salud, pagos de un cuidador, el tiempo de su cuidado; así como la pérdida de bienestar que genera el tener menos tiempo para ellos mismos y un menor consumo de bienes y servicios. Para el Estado y la economía nacional, está la disminución de sus ingresos y ganancias dado que los pagos del aseguramiento social, los apoyos compensatorios del Gobierno y la beneficencia pública, las pérdidas que implica consumir menos bienes y servicios por parte del discapacitado y su familia, entre ellos pagar menos impuestos³.</p> <p>Por lo tanto, se requiere aplicar estrategias que permitan mejorar estos indicadores sociales y tecnológicos si se pretende lograr una mayor inclusión en el ámbito laboral, de personas que pueden ser útiles económicamente. Se suele pensar que la inversión en programas e investigaciones dirigidas a la inclusión y la mejora de los indicadores socioeconómicos de las personas con discapacidad no sería justificable en la medida que aparentemente los costos superan los beneficios para la sociedad. Pero si se analiza en detalle, tal inversión es justificable desde una mirada económica en primer lugar por los costos mencionados de tener personas en condiciones de dependencia, y segundo porque el desarrollo de investigaciones, tecnologías y programas especiales para las personas con discapacidad generan oportunidades de inversión en industrias o empresas dirigidas a esta población, las cuales generan empleos y crean conocimientos que pueden ser útiles en distintos sectores de la producción⁴.</p> <p>La inclusión en el sistema educativo, la participación laboral y la posibilidad de tener mejores condiciones socioeconómicas, parten de un principio esencial de garantizar a esta población su derecho a comunicarse, lo cual ha hecho que sea un deber para el Estado Colombiano promover el aprendizaje de la lengua de señas. A este respecto, el INSOR junto con FENASCOL y diferentes colectivos de la sociedad civil, promueven el aprendizaje de señas básicas para comunicarse con la comunidad sorda.</p> <p>Algunos de los mecanismos de enseñanza utilizados son⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diccionario virtual y de señas colombiana, el cual contribuye a la apropiación social del conocimiento |

¹ Sala situacional de las personas con discapacidad, Ministerio de salud y protección social Oficina de promoción social, mayo 2019. Datos con corte al 31 de diciembre de 2018.

² Boletín No. 5 Observatorio social población sorda colombiana. Estadísticas e información para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población sorda colombiana. INSOR. Pág. 88

³ Hernández, J. & Hernández, I. (2005, abril). Una aproximación a los costos indirectos de la discapacidad en Colombia. Revista de Salud Pública, vol.7, No.2, pp. 3-15.

⁴ Boletín No. 5 Observatorio social población sorda colombiana. Estadísticas e información para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población sorda colombiana. INSOR. Pág. 54

⁵ Fuente: Colombia aprende, la Red del Conocimiento. En: <https://aprende.colombiasaprende.edu.co/es/aprenda/boletines/temas-de-señas-colombiana-ingresa-al-grupo-de-lenguas-nativas-del-pa%C3%A9>

mediante la recolección, divulgación y consulta de vocabulario cotidiano y términos académicos, generando procesos de socialización y estandarización de la lengua de señas colombiana.

- Formación a través de convenios interinstitucionales, mediante los cuales el INSOR capacita a servidores públicos sobre la cultura sorda y la lengua de señas colombiana.
- Curso Virtual de Señas de la lengua de señas creado por INSOR, sin costo para que las personas oyentes aprendan las generalidades de esta lengua.
- FENASCOL también ofrece cursos de capacitación tanto virtuales, como presenciales.
- Centro de Relevó, proyecto conjunto entre el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MINTIC) y la Federación Nacional de Sordos de Colombia (FENASCOL) facilita, mediante una amplia oferta de servicios, que las personas sordas puedan comunicarse con cualquier persona oyente en todo el país. De igual modo, ofrece el servicio gratuito de interpretación cuando necesiten ser atendidos en las diferentes instituciones o entidades del país. De esta manera, se promueve el acceso al conocimiento y uso de las TIC, siendo no solo consumidores sino productores de información.

Se encontró también que diferentes universidades colombianas efectúan iniciativas de inclusión en el sistema educativo para la comunidad sorda, dentro de las cuales se observaron cursos de lengua de señas impartidos a funcionarios de la Universidad de Santander: curso de lengua de señas para la comunidad en general y universitarios interesados, impartido en diferentes universidades como la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Manuela Beltrán, entre otras; la aplicación "Aprendiendo Lengua de Señas Colombiana" desarrollada al interior del Grupo de Investigación de la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales: emprendimiento social "Sin palabras Café Sordo" de la asociación de Antiguos Alumnos de la Universidad Externado de Colombia.

Respecto al aprendizaje de lengua de señas en el mundo, la Federación mundial de sordos dice que existen aproximadamente 72 millones de personas sordas de las cuales más del 80 por ciento vive en países en desarrollo y utilizan más de 300 diferentes lenguas de señas.⁶ Estas están definidas como idiomas naturales a todos los efectos, estructuralmente distintos de las lenguas habladas. Existe también un lenguaje de señas internacional que es el utilizado por las personas sordas en reuniones internacionales y, de manera informal, cuando viajan y socializan. Este lenguaje internacional se considera una lengua mixta creada a partir de una lengua determinada más otros elementos de otra u otras lenguas, esta es menos compleja que las lenguas naturales de señas y tiene un léxico limitado.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad reconoce y promueve el uso de las lenguas de señas, establece que tienen el mismo estatus que las lenguas habladas y obliga a los estados partes a que faciliten su aprendizaje y promuevan la identidad lingüística de la comunidad de las personas sordas. Además establece que el acceso temprano a la misma y a los servicios en este lenguaje, incluida una educación de calidad en esa lengua, es vital para el crecimiento y el desarrollo de las personas sordas y decisivo para el logro de los objetivos de desarrollo sostenible.⁷

⁶ Tomado de: <https://www.un.org/es/observances/sign-languages-day>
⁷ Tomado de: <https://www.un.org/es/observances/sign-languages-day>

Entre los países que ratificaron la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y tienen leyes que reconocen la lengua de señas hablada en su territorio como lengua natural distinta de la lengua oral, están por ejemplo: Francia, que a través de la Ley 2005/102 reconoce la Lengua de Señas Francesa (LSF) como "lengua completa y distinta de otras lenguas"; Noruega, que da reconocimiento a la Lengua de Señas Noruega (LSN) como "la primera lengua del pueblo sordo"; Australia, en 1991 da el reconocimiento a la lengua Auslan como "lengua de la comunidad sorda distinta al inglés"; Tailandia, en 1999 reconoce la Lengua de Señas Tailandesa (LST) como la "lengua nacional del pueblo sordo Tailandés" y garantiza su derecho a la educación en esta lengua; entre otros como Brasil, Alemania, España, Portugal, Austria, República Checa, Eslovaquia, Nueva Zelanda y Finlandia.⁸

Ahora, si bien existen mecanismos actualmente en nuestro país para la enseñanza de lengua de señas, no son suficientes en el cumplimiento de lo que el Estado colombiano se comprometió a través de la Ley 1346 de 2009, donde se busca "asegurar el derecho de educación de las personas con discapacidad mediante la realización de ajustes razonables, en función de las necesidades individuales, la facilitación del aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas".

Según el INSOR, para lograr este propósito de manera efectiva, se deben adoptar un conjunto de medidas que permitan: i) asegurar la detección temprana de las niñas y niños sordos; ii) concretar la implementación de la Oferta Bilingüe Bicultural (OBBS) en la educación formal para que los estudiantes sordos adquieran la Lengua de Señas Colombiana (LSC) como primera lengua y el español escrito como segunda lengua para sordos; iii) formar y contratar profesores bilingües en diferentes áreas del conocimiento; iv) cambios de actitud en la sociedad, las familias y en el personal que labore en las instituciones educativas, frente a los retos que supone la prestación del servicio educativo a las personas sordas, entre otras.

A través de la Ley 1618 de 2013⁹, el Gobierno nacional definió, en cumplimiento de una de estas cuatro medidas, que la Oferta Bilingüe Bicultural¹⁰ (OBBS) es la acción afirmativa¹² pertinente para que la población sorda reciba procesos formativos, que les permita a los estudiantes sordos desarrollar sus competencias básicas, ciudadanas y laborales, a través de:

- i) Condiciones sociolingüísticas, pedagógicas y organizativas que integren a los estudiantes que presentan limitaciones auditivas, al servicio educativo formal, en condiciones de calidad, equidad y pertinencia:

⁸ Tomado de: <https://mlsa.cas.org.ar/muestra-ha/la-ls-en-el-mundo/>
⁹ Por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.
¹⁰ Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad.
¹¹ El numeral 2º del artículo 2.3.3.5.2.3.2 del Decreto 1075 de 2015 establece lo siguiente: «La Modalidad Bilingüe Bicultural es aquella cuyo proceso de enseñanza aprendizaje será en la Lengua de Señas Colombiana Español como segunda lengua y consiste en la destinación de establecimientos educativos regulares, en los que se contarán con aulas paralelas y docentes bilingües que impartan la formación en lengua de señas, y otros apoyos tecnológicos, didácticos y lingüísticos requeridos, entre los que están los intérpretes de Lengua de Señas Colombiana y modelos lingüísticos. Para tal efecto, las entidades podrán centralizar esta oferta educativa en uno o varios establecimientos educativos y garantizar el transporte para aquellos a quienes les implique desplazarse lejos de su lugar de residencia».
¹² El artículo 2 de la Ley 1618 de 2013 define como acciones afirmativas a «Políticas, medidas o acciones dirigidas a favorecer a personas o grupos con algún tipo de discapacidad, con el fin de eliminar o reducir las desigualdades y barreras de tipo actitudinal, social, cultural o económico que los afectan».

ii) Procesos formativos de los estudiantes sordos organizados en coherencia con los lineamientos que en materia de educación bilingüe se han expedido en el país;

iii) Entornos educativos que garanticen la adquisición y desarrollo de la Lengua de señas colombiana (LSC) como primera lengua y el aprendizaje del español escrito como segunda lengua para sordos: la cual, dada sus características especiales y por ser tan rica y compleja, tiene el mismo reconocimiento que una lengua oral, lo que ha conducido a la jurisprudencia constitucional¹³ y a las leyes 982 de 2005¹⁴ y 2049 de 2020¹⁵ a catalogarla como parte del patrimonio pluricultural de la Nación;

iv) Profesores bilingües para sordos que cuenten con una formación adecuada, entre otros ajustes razonables que necesariamente deben ser implementados: entre otros ajustes razonables.¹⁶

El trabajo pedagógico de docentes, modelos lingüísticos sordos¹⁷ y profesionales del INSOR después de evaluar este modelo de implementación de la OBBS, ha generado la conclusión que el derecho de educación de los estudiantes sordos se garantizará mediante su puesta en marcha, seguimiento y evaluación, conllevando así a que la población sorda en nuestro país pueda aprender la lengua de señas como primera lengua y el español escrito como segunda lengua.

IV. Marco Jurídico

De acuerdo con el objeto del proyecto y las consideraciones del Concepto del INSOR de 24 de mayo de 2021¹⁸ se describe la normatividad vigente, que tiende a la protección de los derechos de la población sorda o con discapacidad auditiva.

Este proyecto busca hacer efectivos los elementos de accesibilidad y adaptabilidad que conforman el núcleo esencial del derecho a la educación de las personas sordas. Estos derechos, se encuentran relacionados en la Constitución Política y entre otros en los siguientes artículos:

- Derecho a la igualdad (artículo 13¹⁹)

- Derecho a la libertad de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra (artículo 27²⁰)
- Derecho a contar con una política de Estado para prevenir, rehabilitar e integrar socialmente a las personas en condición de discapacidad (artículo 47²¹)
- Derecho al trabajo para discapacitados (artículo 54²²)
- Derecho a la educación (artículo 67²³)
- Obligaciones especiales del Estado en la erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales. (artículo 68²⁴).

La carta magna, otorgó a las poblaciones vulnerables y en este caso a las personas en condición de discapacidad una protección efectiva, todo desde el concepto de dignidad humana y desde el análisis de transversalidad de los derechos. Los derechos mencionados anteriormente, fueron alcanzados gracias a la representación que tuvieron estas poblaciones en la constituyente, en particular los artículos 13, 42, 47, 54 y 68.

No obstante, según la Universidad del Rosario, «la cantidad de normas con las que se ha pretendido establecer los principios para la autonomía e igualdad de oportunidades, es todavía incipiente el desarrollo en la práctica. Además, se necesitan ajustes en algunos aspectos normativos relacionados con pensiones no contributivas por discapacidad, desarrollo de servicios sociales, prestaciones técnicas, normas específicas en materia de prevención y rehabilitación funcional, integración educativa y eliminación de la discriminación por razón de discapacidad²⁵(Subraya y negrilla fuera de texto).

Dentro de los acuerdos, tratados y convenios internacionales que ha ratificado Colombia, es importante resaltar la ratificación en la Ley 1346 de 2009 de la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad" adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, con la que el Estado colombiano "se comprometió a asegurar el derecho de educación de las personas con discapacidad mediante la realización de ajustes razonables, en función de las necesidades individuales, la

¹³ CORTE CONSTITUCIONAL, Sentencia C - 605 de 2012.

¹⁴ Numeral 3º del artículo 1.

¹⁵ Literal o), del artículo 2.

¹⁶ El artículo 2 de la Ley 1346 de 2009 define que por «ajustes razonables» se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

¹⁷ El término modelos lingüísticos hace referencia en este documento a sordos adultos, actores fundamentales en los proyectos educativos bilingües biculturales, responsables de modelar la Lengua de Señas Colombiana, para los niños y jóvenes sordos, así como para las personas oyentes de la comunidad educativa. Son quienes poseen el conocimiento de ser y vivir como sordos, razón por la cual, tanto en sus interacciones cotidianas como en espacios formales, expresan y difunden el patrimonio y los valores de su comunidad. Retomado de los Modelos Lingüísticos en la Educación de los estudiantes sordos.

¹⁸ Instituto Nacional para Sordos (INSOR). Concepto Proyecto de ley N° 424 de 2020 - Cámara. Radicado No: 2021100002921

Fecha: 24-05-2021

¹⁹ Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados

²⁰ marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

²¹ Artículo 27. El Estado garantiza las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra.

²² Artículo 47. El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran.

²³ Artículo 54. Es obligación del Estado y de los empleadores ofrecer formación y habilitación profesional y técnica a quienes lo requieran. El Estado debe propiciar la educación laboral de las personas en edad de trabajar y garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud

²⁴ Artículo 67. La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura. La educación formará al colombiano en el respeto a los derechos humanos, a la paz y a la democracia; y en la práctica del trabajo y la recreación, para el mejoramiento cultural, científico, tecnológico y para la protección del ambiente. El Estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y que comprenderá como mínimo, un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita en las instituciones del Estado, sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlos. Corresponde al Estado regular y ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación con el fin de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los educandos; garantizar el adecuado cubrimiento del servicio y asegurar a los menores las condiciones necesarias para su acceso y permanencia en el sistema educativo. La Nación y las entidades territoriales participarán en la dirección, financiación y administración de los servicios educativos estatales, en los términos que señalen la Constitución y la ley.

²⁵ Artículo 68. Los particulares podrán fundar establecimientos educativos. La ley establecerá las condiciones para su creación y gestión. La comunidad educativa participará en la dirección de las instituciones de educación. La enseñanza estará a cargo de personas de reconocida idoneidad ética y pedagógica. La Ley garantiza la profesionalización y dignificación de la actividad docente. Los padres de familia tendrán derecho de escoger el tipo de educación para sus hijos menores. En los establecimientos del Estado ninguna persona podrá ser obligada a recibir educación religiosa. Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural. La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales, o con capacidades excepcionales, son obligaciones especiales del Estado.

²⁶ Universidad del Rosario. Constitución de 1991: un punto de partida. Recuperado de: <https://www.urosario.edu.co/Universidad-Ciencia-Desarrollo/Fasciculos-Anteriores-Tomo-II-2007/Fasciculo-13-Las-Constituciones-de-1991-un-punto-de-partida>

| | |
|---|--|
| <p><u>facilitación del aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas: entre otros deberes</u>²⁶ (Subraya y negrilla fuera de texto).</p> <p>De igual forma, debe destacarse la Declaración de las necesidades básicas de las personas sordo ciegas de 1989, en la que se define la sordo - ceguera. Allí son resaltadas las necesidades (comunicacionales, educativas, familiares, ambientales y sociales, entre otras) de las personas sordo ciegas en el marco de la protección que el estado debe brindarles y en su derecho a la inclusión social bajo los principios de independencia y autonomía.</p> <p>En particular, dentro de la normalidad se destacan las siguientes disposiciones tendientes a garantizar los derechos mencionados anteriormente y así brindar oportunidades a las personas en condición de discapacidad y específicamente a las personas sordas o sordo ciegas, así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 982 de 2005: Se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordo-ciegas y se dictan otras disposiciones. <ul style="list-style-type: none"> ○ En esta norma, se encuentran importantes definiciones de cara a la identificación y categorización de las personas sordas, como, por ejemplo, los distintos tipos de sordera, la definición de lengua de señas, educación bilingüe para sordos, integración al aula con ayudas auditivas, tipos de sordoceguera y otras muy importantes para comprender de mejor forma las particularidades de esta población. ○ Es una norma indispensable para la comprensión del presente proyecto puesto que estipula de qué forma se utiliza y quienes hacen uso de la Lengua de Señas Colombiana (LSC), los derechos que estas personas tienen como por ejemplo el acceso a una forma de comunicación bien sea oral o LSC e igualmente, la obligación del Estado y de las entidades territoriales de fomentar y garantizar una educación bilingüe de calidad garantizando el acceso a esta por parte de sordos y sordocegos. • Ley Estatutaria 1618 de 2013: Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los Derechos de las Personas con discapacidad. <ul style="list-style-type: none"> ○ Esta ley otorga a obligaciones al Estado, entes territoriales y entidades públicas, en busca de garantizar a través de política pública el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad y su acceso a los servicios sociales del estado, entre ellos a planes, programas y proyectos sociales. De igual manera, exige mantener actualizado el registro y localización de esta población, orientar la cooperación internacional e inversión social a este grupo e implementar mecanismos de plena participación. ○ Particularmente, el artículo 11 de esta ley, desarrolla las obligaciones del Estado y cómo las entidades, particularmente el Ministerio de Educación Nacional, deberán desarrollar acuerdos interinstitucionales con los distintos sectores sociales con el fin de garantizar <p>²⁶ INSOR, p. 2.</p> | <p>atención educativa integral a la población con discapacidad. Este artículo es mencionado ampliamente en las normas siguientes que lo desarrollarán a profundidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ En esta ley, existen apartes como por ejemplo la obligación de incorporar en presupuestos y planes de inversiones, los recursos necesarios para implementar los ajustes razonables para que las personas en condición de discapacidad puedan acceder a un determinado bien o servicio, comunicando oportunamente esta información a los ciudadanos. Igualmente, las estrategias de cooperación internacional deberán estar orientadas a la implementación de estos ajustes y acciones de inclusión social. ○ Esta es la columna vertebral del ejercicio de derechos de la población discapacitada en Colombia, sin embargo, en ella no se hace mención alguna a la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos, lo que perpetúa las condiciones de desigualdad y amplía la brecha entre los distintos grupos sociales y la población en condición de discapacidad. <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1075 de 2015: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Educación <ul style="list-style-type: none"> ○ La subsección 3 llamada Esquema de atención educativa, desarrolla las obligaciones establecidas en el artículo 11 de la Ley 1618 de 2013 para el Ministerio de Educación nacional y las entidades territoriales certificadas en educación para gestionar procesos que cualifiquen la oferta educativa y la gestión escolar. ○ Asigna a cada uno de los actores estatales, regionales y a las instituciones educativas sus obligaciones y deberes, entre ellos están principalmente las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Para el MEN consolidar con el INSOR la oferta de Modalidad Bilingüe Bicultural para estudiantes con discapacidad auditiva y la organización y calidad de la prestación de los servicios de apoyo necesarios para esta modalidad. ▪ Para las Secretarías de educación, asesorar a las familias de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad sobre la oferta educativa disponible en el territorio y sus implicaciones frente a los apoyos, así como a las familias de estudiantes con discapacidad auditiva sobre la elección entre la oferta general y la modalidad bilingüe bicultural. ▪ Para las Instituciones Educativas, detección temprana de posibles discapacidades en los estudiantes, reportes al SIMAT de los estudiantes en condición de discapacidad, promover los Planes Individuales de Ajustes Razonables PIAR y garantizar su articulación con los PEI y otros planes. ○ Es muy importante resaltar el artículo 2.3.3.5.2.3.2. pues se refiere a la oferta educativa pertinente para personas con discapacidad. Es este el único artículo dentro de toda la revisión normativa (Incluido por el Decreto 1421 de 2017) que desarrolla directamente esta oferta, explica con claridad lo que esta implica, como por ejemplo la destinación de establecimientos con aulas paralelas y docentes bilingües que impartan la formación en lengua de señas, y |
| <p>otros apoyos tecnológicos, didácticos y lingüísticos requeridos, entre los que están los intérpretes de Lengua de Señas Colombiana y modelos lingüísticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Un punto muy importante de lo dispuesto en este artículo es la obligación de las entidades territoriales de asesorar y acompañar a las familias para optar por el ingreso del estudiante a un aula regular de la mano de un PIAR sin un intérprete de lengua de señas colombiana español, ni modelo lingüístico u optar por una modalidad Bilingüe- Bicultural ofrecida en establecimientos con aulas paralelas que fortalezcan la consolidación de la lengua y de la comunidad de sordos. ○ Otra particularidad de esta disposición es el cumplimiento estricto del artículo 11 de la Ley 1618, estableciendo todas las condiciones con las que debe contar el estudiante con discapacidad, el respectivo informe pedagógico o médico, matrícula y proceso de acogida, elaboración del PIAR según la particularidad de la discapacidad y deberán realizarse campañas de identificación y matrícula de niños, niñas, adolescentes y jóvenes que se encuentran fuera del sistema educativo. ○ Es importante resaltar que este decreto también desarrolla lo concerniente a la construcción e implementación de los PIAR, herramientas idóneas para garantizar la pertinencia del proceso de enseñanza respetando los estilos y ritmos de aprendizaje de cada estudiante, siendo estos planes indispensables en el proceso de desarrollo de los estudiantes y de sus familias. ○ Lo anterior, ha sido muy bien desarrollado en el presente decreto, sin embargo, aún no se cuenta con disposiciones direccionadas a implementar la OBBS, ni tampoco los ajustes razonables necesarios para esta, disposiciones indispensables para el avance de la comunidad sorda en el país y su igualdad educativa. <ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1421 de 2017: Por el cual se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Este Decreto generó cambios muy importantes al Decreto 1075, entre ellos la aplicación de las medidas, a población en condición de discapacidad, sus familiares o cuidadores, al Ministerio de Educación Nacional, entidades territoriales, Establecimientos educativos de preescolar, básica y media e instituciones de educación para adultos, sean públicas o privadas, fomentando así la equidad educativa, bajo principios de calidad, diversidad, pertinencia, participación, equidad e interculturalidad establecidos en la Ley 1618 de 2013 y otros contenidos en la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad, incorporada al derecho interno mediante la Ley 1346 de 2009. ○ Así mismo, implementó las importantes definiciones de ajustes razonables y de Plan Individual de Ajustes Razonables (PIAR) que son indispensables para el desarrollo de la educación para personas en condición de discapacidad y las instituciones a su cargo. Con esta modificación se priorizó la gestión educativa y escolar, dejando sentadas las obligaciones descritas en puntos anteriores en la revisión del Decreto 1075. ○ Es un muy importante resaltar que es este Decreto el que establece los tipos de oferta educativa pertinente para personas con discapacidad, para garantizar una educación | <p>pertinente y de calidad, allí es donde se desarrolla la Oferta Bilingüe Bicultural para población con discapacidad auditiva y otras similares, fundamentales para que el acceso educativo para las personas en condición de discapacidad, sea una realidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 2049 de 2020: POR LA CUAL SE CREA EL CONSEJO NACIONAL DE PLANEACIÓN LINGÜÍSTICA DE LA LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANA (LSC) CON EL OBJETIVO DE CONCERTAR LA POLÍTICA PÚBLICA PARA SORDOS DEL PAÍS <ul style="list-style-type: none"> ○ Esta Ley busca crear el Consejo Nacional de Planeación Lingüística de la LSC que será el integrador y garante de la comunidad sorda nacional, con los derechos lingüísticos que le corresponden. Buscando facilitar la interacción de la población sorda entre sí, con oyentes e intérpretes en todo el territorio nacional. Lo anterior es fundamental, para el desarrollo y pleno disfrute de los derechos de esta población y por ello es imprescindible que el sistema educativo esté preparado y coadyuve a la interacción de esta población. ○ Dentro de las funciones expuestas en esta Ley, está la de Formular y concertar una política de protección, fortalecimiento y promoción de la LSC, lo cual busca el presente Proyecto de Ley a través de la materialización de la OBBS. ○ Lo anterior, será el camino igualmente para que instituciones de educación superior, acrediten profesionales con suficiencia en LSC, así en el futuro se consolidará una nación que podrá comunicarse y acceder a cualquier servicio público o profesional sin que una discapacidad sea óbice para la comunicación. <p>Por los motivos expuestos y entendiendo que, si bien existen mecanismos que en el papel se evidencian como tendientes a la protección de la población Sorda y Sordo Ciega del país, a la fecha estos no garantizan la materialización de la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos OBBS. <u>Si bien se menciona la OBBS en alguna normatividad (Decreto 1075 modificado por el Decreto 1421) NO existe a la fecha una norma que garantice su implementación, por esta razón cobra aún más sentido y pertinencia el presente proyecto, puesto que como no existe esta norma en la actualidad la problemática expuesta en la exposición de motivos permanece sin solución.</u></p> <p>V. Derecho comparado y experiencia internacional.</p> <p>La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad reconoce y promueve el uso de las lenguas de señas, establece que tienen el mismo estatus que las lenguas habladas y obliga a los estados parte a que faciliten su aprendizaje y promuevan la identidad lingüística de la comunidad de las personas sordas. Además, establece que el acceso temprano a la misma y a los servicios en este lenguaje, incluida una educación de calidad en esa lengua, es vital para el crecimiento y el desarrollo de las personas sordas y decisivo para el logro de los objetivos de desarrollo sostenible.²⁷</p> <p>²⁷ Tomado de: https://www.un.org/es/observances/sign-languages-day</p> |

Entre los países que ratificaron la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y tienen leyes que reconocen la lengua de señas hablada en su territorio como lengua natural distinta de la lengua oral, están por ejemplo: Francia, que a través de la Ley 2005/102 reconoce la Lengua de Señas Francesa (LSF) como "lengua completa y distinta de otras lenguas"; Noruega, que da reconocimiento a la Lengua de Señas Noruega (LSN) como "la primera lengua del pueblo sordo"; Australia, en 1991 da el reconocimiento a la lengua Auslan como "lengua de la comunidad sorda distinta al inglés"; Tailandia, en 1999 reconoce la Lengua de Señas Tailandesa (LST) como la "lengua nacional del pueblo sordo Tailandés" y garantiza su derecho a la educación en esta lengua; entre otros como Brasil, Alemania, España, Portugal, Austria, República Checa, Eslovaquia, Nueva Zelanda y Finlandia.²⁸

VI. Conveniencia del proyecto de Ley

Dado que en la actualidad no se ha materializado la implementación de la **Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos OBBS**, circunstancia que como es señalado por el INSOR es una concausa para la perpetuación de las diversas problemáticas de esta población, se hace necesario que, a través del legislativo se propugne por la protección de los intereses de las personas sordas o con discapacidad auditiva, y es en tal contexto, que surge la presente iniciativa legislativa, que tiene por objeto implementar medidas que propendan por la inclusión efectiva de la población sorda en el sistema educativo colombiano.

Para realizar lo anterior, mediante la presente ley se materializa la OBBS facultando a las entidades territoriales certificadas en educación para que mediante acto administrativo determinen la institución o instituciones educativas oficiales de preescolar, básica y media que deberán implementar la OBBS en su respectivo territorio. Dichas entidades harán esta determinación procurando organizar la matrícula de estudiantes sordos en la menor cantidad posible de instituciones educativas oficiales, con el fin de multiplicar las oportunidades de interacción entre los estudiantes sordos como pares lingüísticos y optimizar el recurso disponible para ello.

De esta forma, las entidades territoriales certificadas en educación deberán asegurar que la institución o instituciones educativas oficiales de preescolar, básica y media de su jurisdicción que implementen la OBBS incorporen los ajustes razonables que requieran los estudiantes sordos para recibir una enseñanza pertinente y de calidad. En ese sentido, las entidades territoriales certificadas en educación organizarán su planta de personal docente de tal forma que la institución o instituciones educativas oficiales que realicen la OBBS cuenten con docentes bilingües y el personal de apoyo que se requiera para la efectividad de la oferta.

De igual forma, los centros educativos de preescolar, básica y media, educación superior y de educación para el trabajo y el desarrollo humano, de naturaleza privada, deberán asegurar que los estudiantes sordos cuenten con los ajustes razonables y con el personal idóneo requerido, especialmente en lo que se refiere a la contratación de intérpretes, modelos lingüísticos y docentes bilingües cualificados para orientar los procesos pedagógicos de los estudiantes sordos.

²⁸ Tomado de: <https://nalsa.cas.org.ar/muestra-la-ls-en-el-mundo/>

X. Proposición

Por todas las consideraciones anteriores y en cumplimiento con lo establecido en la Ley 5 de 1992, solicito a la Plenaria de la Cámara de Representantes dar Segundo debate al Proyecto de Ley N° 303 de 2021 Cámara **"Por medio de la cual se adoptan medidas para promover la inclusión educativa de la población sorda en Colombia"**.

Atentamente,



WILMER LEAL PÉREZ
Representante a la Cámara por Boyacá.
Ponente

VII. Modificaciones

El articulado del proyecto de ley no presenta modificaciones para la ponencia de segundo debate.

VIII. Impacto Fiscal

Teniendo claridad que los impactos fiscales de esta iniciativa se enmarcan en la realización de los ajustes razonables en las instituciones educativas oficiales de preescolar, básica y media designadas mediante acto administrativo por las entidades territoriales certificadas en educación para implementar la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS) en su respectivo territorio y el garantizar el cuerpo docente para la prestación de la OBBS, es de señalar, que dicha necesidad obedece a la deuda histórica de inversión para la educación de la población sorda en Colombia, lo cual ha ocasionado que esta población no cuente con las garantías educativas, laborales y sociales que le permita vivir en condiciones dignas. En tal contexto, lo que se pretende a través de esta iniciativa, es garantizar la inclusión efectiva de la población sorda en el sistema educativo colombiano. Así las cosas, las inversiones en materia educativa que se requieren, desde cualquier punto de vista, serán inferiores a los beneficios sociales y económicos que resulten de la inclusión educativa buscada.

IX. Posibles conflictos de interés.

El Consejo de Estado en Sentencia de 10 de noviembre de 2009, radicación número PI. 01180-00 expedida por la Sala de lo Contencioso Administrativo ha señalado que **"No cualquier interés configura la causal de desinversión en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar que es directo, esto es, que perse el alegado beneficio, provecho o utilidad encuentre su fuente en el asunto que fue conocido por el legislador; particular, que el mismo sea específico o personal, bien para el congresista o quienes se encuentren relacionados con él; y actual o inmediato, que concorra para el momento en que ocurrió la participación o votación del congresista, lo que excluye sucesos contingentes, futuros o imprevisibles. También se tiene noticia que el interés puede ser de cualquier naturaleza, esto es, económico o moral, sin distinción alguna"**.

Por lo tanto, teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 3 de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, por la cual se modifica parcialmente la Ley 5 de 1992 y se dictan otras disposiciones, que modifica el artículo 291 de la Ley 5 de 1992, en la que se estableció que el autor del proyecto y el ponente presentarán en la exposición de motivos un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrán generar un conflicto de interés para la discusión y votación del proyecto, **se considera que el presente proyecto de ley solamente genera conflictos de interés para alguno de los legisladores si su eventual aprobación acaece un beneficio particular, actual y directo a los congresistas, de conformidad con lo establecido en el artículo 1 de la Ley 2003 de 19 de noviembre de 2019.**

TEXTO PROPUESTO PARA SEGUNDO DEBATE

PROYECTO DE LEY N° 303 DE 2021 CÁMARA

"Por medio de la cual se adoptan medidas para promover la inclusión educativa de la población sorda en Colombia"

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto, implementar medidas que propendan por la inclusión efectiva de la población sorda en el sistema educativo colombiano.

Artículo 2. Implementación de la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS). Las entidades territoriales certificadas en educación determinarán mediante acto administrativo la institución o instituciones educativas oficiales de preescolar, básica y media que deberán implementar la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS) en su respectivo territorio.

Las referidas entidades harán esta determinación procurando organizar la matrícula de estudiantes sordos en la menor cantidad posible de instituciones educativas oficiales, con el fin de multiplicar las oportunidades de interacción entre los estudiantes sordos como pares lingüísticos y optimizar el recurso disponible para ello.

Artículo 3. Implementación de ajustes razonables. Las entidades territoriales certificadas en educación deberán asegurar que la institución o instituciones educativas oficiales de preescolar, básica y media de su jurisdicción que implementen la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS) incorporen los ajustes razonables que requieran los estudiantes sordos para recibir una enseñanza pertinente y de calidad.

En ese sentido, las entidades territoriales certificadas en educación organizarán su planta de personal docente de tal forma que la institución o instituciones educativas oficiales que realicen la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS) cuenten con docentes bilingües y el personal de apoyo que se requiera para la efectividad de la oferta.

Artículo 4. Disponibilidad de los ajustes razonables. Las entidades territoriales certificadas en educación garantizarán que la institución o instituciones educativas oficiales que implementen la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS) cuenten con los ajustes razonables y con el personal requerido durante todos los días del calendario escolar.

Para tales efectos, las entidades territoriales certificadas en educación podrán crear empleos de: i) docentes bilingües en LSC - español para el nivel de la básica primaria y en los diferentes campos del saber; y ii) docentes bilingües para la enseñanza del español escrito como segunda lengua para personas sordas, siguiendo las directrices establecidas por el Gobierno nacional.

Parágrafo Primero. El Ministerio de Educación Nacional definirá los perfiles, requisitos académicos, experiencia profesional y funciones que deben cumplir quienes aspiren a ocupar los empleos de docente bilingüe de que trata el presente artículo, dentro del sistema de carrera especial docente.

Parágrafo Segundo. El Ministerio de Educación Nacional incluirá en todos los sistemas de información relacionados con la educación en primera infancia, primaria y media el registro de la información de la población sorda que atienden en el sector educativo, los grados de la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS), los cupos disponibles, los docentes bilingües, apoyos educativos e intérpretes en LSC y demás datos que permitan la prestación oportuna del servicio en condiciones de eficiencia y equidad, de manera que asegure el acceso y la permanencia de los estudiantes sordos de los niveles de educación de preescolar, básica y media. Para lo cual, el Ministerio garantizará que el reporte de información sea veraz y cumpla con los principios de calidad y oportunidad.

Artículo 5. Disponibilidad de los ajustes razonables y del personal de apoyo en centros educativos privados. Los centros educativos de preescolar, básica y media, educación superior y de educación para el trabajo y el desarrollo humano, de naturaleza privada, deberán asegurar que los estudiantes sordos cuenten con los ajustes razonables y con el personal idóneo requerido, especialmente en lo que se refiere a la contratación de intérpretes, modelos lingüísticos y docentes bilingües cualificados para orientar los procesos pedagógicos de los estudiantes sordos.

Artículo 6.- Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias

Atentamente,



WILMER LEAL PÉREZ
Representante a la Cámara por Boyacá.
Ponente

TEXTO APROBADO EN PRIMER DEBATE POR LA COMISIÓN SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE DE LA HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES EN SESIÓN DEL DÍA CUATRO (04) DE MAYO DE 2022, AL PROYECTO DE LEY No. 303 de 2021 CÁMARA

“POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA PROMOVER LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE LA POBLACIÓN SORDA EN COLOMBIA”

El Congreso de la República de Colombia

DECRETA:

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene por objeto, implementar medidas que propendan por la inclusión efectiva de la población sorda en el sistema educativo colombiano.

Artículo 2. Implementación de la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS). Las entidades territoriales certificadas en educación determinarán mediante acto administrativo la institución o instituciones educativas oficiales de preescolar, básica y media que deberán implementar la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS) en su respectivo territorio.

Las referidas entidades harán esta determinación procurando organizar la matrícula de estudiantes sordos en la menor cantidad posible de instituciones educativas oficiales, con el fin de multiplicar las oportunidades de interacción entre los estudiantes sordos como pares lingüísticos y optimizar el recurso disponible para ello.

Artículo 3. Implementación de ajustes razonables. Las entidades territoriales certificadas en educación deberán asegurar que la institución o instituciones educativas oficiales de preescolar, básica y media de su jurisdicción que implementen la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS) incorporen los ajustes

razonables que requieran los estudiantes sordos para recibir una enseñanza pertinente y de calidad.

En ese sentido, las entidades territoriales certificadas en educación organizarán su planta de personal docente de tal forma que la institución o instituciones educativas oficiales que implementen la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS) cuenten con docentes bilingües y el personal de apoyo que se requiera para la efectividad de la oferta.

Artículo 4. Disponibilidad de los ajustes razonables. Las entidades territoriales certificadas en educación garantizarán que la institución o instituciones educativas oficiales que implementen la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS) cuenten con los ajustes razonables y con el personal requerido durante todos los días del calendario escolar.

Para tales efectos, las entidades territoriales certificadas en educación podrán crear empleos de: i) docentes bilingües en LSC - español para el nivel de la básica primaria y en los diferentes campos del saber; y ii) docentes bilingües para la enseñanza del español escrito como segunda lengua para personas sordas, siguiendo las directrices establecidas por el Gobierno nacional.

Parágrafo Primero. El Ministerio de Educación Nacional definirá los perfiles, requisitos académicos, experiencia profesional y funciones que deben cumplir quienes aspiren a ocupar los empleos de docente bilingüe de que trata el presente artículo, dentro del sistema de carrera especial docente.

Parágrafo Segundo. El Ministerio de Educación Nacional incluirá en todos los sistemas de información relacionados con la educación en primera infancia, primaria y media el registro de la información de la población sorda que atienden en el sector educativo, los grados de la Oferta Bilingüe Bicultural para Sordos (OBBS), los cupos disponibles, los docentes bilingües, apoyos educativos e intérpretes en LSC y demás datos que permitan la prestación oportuna del servicio en condiciones de eficiencia y equidad, de manera que asegure el acceso y la permanencia de los estudiantes sordos de los niveles de educación de preescolar, básica y media. Para lo cual, el Ministerio garantizará que el reporte de información sea veraz y cumpla con los principios de calidad y oportunidad.

Artículo 5. Disponibilidad de los ajustes razonables y del personal de apoyo en centros educativos privados. Los centros educativos de preescolar, básica y media, educación superior y de educación para el trabajo y el desarrollo humano, de naturaleza privada, deberán asegurar que los estudiantes sordos cuenten con los ajustes razonables y con el personal idóneo requerido, especialmente en lo que se refiere a la contratación de intérpretes, modelos lingüísticos y docentes bilingües cualificados para orientar los procesos pedagógicos de los estudiantes sordos.

Artículo 6.- Vigencia. La presente Ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias

CÁMARA DE REPRESENTANTES. – COMISIÓN SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE. 04 de mayo de 2022. – En sesión de la fecha fue aprobado en primer debate y en los términos anteriores el **Proyecto de Ley No. 303 de 2021 Cámara “POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA PROMOVER LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE LA POBLACIÓN SORDA EN COLOMBIA”**, (Acta No. 035 de 2022) previo anuncio de su votación en sesión ordinaria del día 03 de mayo de 2022 según Acta No. 034 de 2022; respectivamente, en cumplimiento del artículo 8º del Acto Legislativo 01 de 2003.

Lo anterior con el fin de que el citado proyecto siga su curso legal en segundo debate en la plenaria de la Cámara de Representantes.

RODRIGO ROJAS LARA
Presidente



DIANA MARCELA MORALES ROJAS
Secretaría General

CÁMARA DE REPRESENTANTES
 COMISIÓN SEXTA CONSTITUCIONAL PERMANENTE
 SUSTANCIACIÓN
 INFORME DE PONENCIA PARA SEGUNDO DEBATE

Bogotá, D.C., 13 de mayo de 2022

Autorizo la publicación del presente informe de ponencia para segundo debate, el texto que se propone para segundo debate y el texto aprobado en primer debate del Proyecto de Ley No. 303 de 2021 Cámara "POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTAN MEDIDAS PARA PROMOVER LA INCLUSIÓN EDUCATIVA DE LA POBLACIÓN SORDA EN COLOMBIA".

La ponencia para segundo debate fue firmada por el Honorable Representante WILMER LEAL PEREZ.

Mediante Nota Interna No. C.S.C.P. 3.6 – 192 / 13 de mayo de 2022, se solicita la publicación en la Gaceta del Congreso de la República.


 DIANA MARCELA MORALES ROJAS
 Secretaria General

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 172 DE 2020 CÁMARA por el el cual se reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y se dictan normas sobre su organización y funcionamiento.

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

Manifestado la importancia y beneficio de esta iniciativa para garantizar los derechos en salud de las fuerzas militares propongo a los Honorable Representantes de la Plenaria de la Cámara, conforme al artículo 114 de la ley 5 de 1992 discutir debatir y aprobar la siguiente proposición sustitutiva al Proyecto de ley número 172/2020 Cámara "Por el cual se reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y se dictan normas sobre su organización y funcionamiento"

**TÍTULO I
 DISPOSICIONES GENERALES
 CAPÍTULO I
 NATURALEZA, OBJETO, PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS**

ARTÍCULO 1°. OBJETO DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. Garantizar a los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el acceso y disfrute del derecho fundamental a la salud, mediante la provisión de una atención integral en salud, dentro del marco de un Modelo de Atención Integral en Salud que incluya la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y prestar el servicio de sanidad inherente a las Operaciones Militares y del Servicio de la Policía Nacional, como parte de su logística

ARTÍCULO 2° DEFINICIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es un conjunto interrelacionado de instituciones, dependencias, afiliados, recursos, políticas, principios, fundamentos, planes, programas y procesos debidamente articulados y armonizados entre sí, con el fin de garantizar el derecho fundamental a la salud y prestar el servicio público esencial en salud a sus afiliados y beneficiarios.

ARTÍCULO 3°. NATURALEZA. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es un régimen en salud exceptuado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, encargado de administrar, coordinar y desarrollar las actividades que permitan garantizar el derecho fundamental a la salud, la promoción

y mantenimiento de la salud y la provisión de servicios de salud a los afiliados y beneficiarios al mismo, en los términos que establezca la presente ley.

ARTÍCULO 4°. PRINCIPIOS. Los principios que rigen la administración y la provisión de los servicios de salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional serán los mismos establecidos en los siguientes literales del artículo 6 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, normas que lo modifiquen, adicionen o aclaren:

- a) Universalidad.
- b) Pro homine.
- c) Equidad.
- d) Continuidad.
- e) Oportunidad.
- f) Prevalencia de derechos.
- g) Progresividad del derecho.
- i) Sostenibilidad.
- j) Solidaridad.
- k) Eficiencia.
- l) Interculturalidad.

ARTÍCULO 5°. CARACTERÍSTICAS Y ELEMENTOS. Serán características propias del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP) las siguientes:

- a) Excepcionalidad. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es un sistema exceptuado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b) Salud Operacional. Será una característica propia del sistema 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.
- c) Autonomía. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en ejercicio de su excepcionalidad se regirá de conformidad con lo establecido en la presente Ley, en concordancia con las directrices definidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en materia de Salud Pública cuando estas apliquen al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

| | |
|--|--|
| <p>d) Obligatoriedad. Se refiere a que es obligatoria la afiliación de todas las personas enunciadas en la presente Ley, excepto aquellas que estén obligadas a cotizar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>e) Desconcentración. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional será administrado por la Dirección General de Sanidad Militar mediante un fondo cuenta para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional mediante un fondo cuenta para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y sus servicios de salud serán prestados de forma desconcentrada.</p> <p>f) Descentralización: El Hospital Militar Central en consideración a su naturaleza jurídica es un Establecimiento Público del orden nacional adscrito al Ministerio de Defensa Nacional - parte del Sector Defensa, que se administrará de forma descentralizada por servicios.</p> <p>g) Protección Integral. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional brindará atención en salud integral a sus afiliados en las fases de educación, información y comunicación para el fomento de la salud, así como en los aspectos de prevención, protección, diagnóstico, recuperación, rehabilitación, paliación en los términos y condiciones que se establezcan en el Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y atenderá todas las actividades que en materia de salud operacional requieran las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para el cumplimiento de su misión. En el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional no existirán restricciones a los servicios prestados a los afiliados por concepto de preexistencias.</p> <p>h) 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 cuenta separados e independientes del resto del presupuesto de las unidades ejecutoras de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en los términos que establezca el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Los recursos girados por la nación se entienden presupuestalmente ejecutados.</p> <p>i) Integración vertical: El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional tendrá libre integración vertical, pudiendo prestar la totalidad de los servicios a los usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional con su red propia, de acuerdo con sus capacidades. Si dentro de las capacidades del Sistema no se cuenta con algún servicio o prestación de servicios en particular, este podrá ser contratado con una Institución Prestadora de Servicios de Salud de la red externa.</p> <p>j) Integración funcional. Las entidades que componen el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, deberán concurrir coordinada y articuladamente en la provisión de servicios de salud, mediante la integración</p> | <p>de funciones, acciones y recursos, dentro del alcance normativo existente y sus competencias.</p> <p>k) Unidad. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional tendrá unidad de gestión con sujeción a las políticas, lineamientos y directrices trazadas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>ELEMENTOS DEL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD</p> <p>a) Disponibilidad. El Estado en cabeza del SSMP, deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.</p> <p>b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como deberán garantizar una atención oportuna, e idóneamente frente a la situación de salud de cada persona en las diferentes etapas y ciclos de vida.</p> <p>c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de en salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto del ser humano y su dignidad. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.</p> <p>d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de en 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.</p> <p>e) 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.</p> <p>CAPITULO II COMPOSICIÓN, AUTORIDADES Y ORGANOS ENCARGADOS DE LA DIRECCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL</p> <p>ARTÍCULO 6°. COMPOSICION DEL SISTEMA. – El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la</p> |
| <p>Policía Nacional, 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 de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP), a los afiliados y beneficiarios del mismo.</p> <p>ARTICULO 7°. 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> <p>a) Preparar los proyectos de Ley y de Decretos relacionados con la salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>b) Adoptar las normas necesarias para supervisar, evaluar y controlar el SSMP, en los ámbitos administrativos, financieros y técnicos.</p> <p>ARTÍCULO 8°. CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL. Se establece con carácter permanente el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP), como máximo órgano rector del SSMP. El CSSMP estará integrado por los siguientes Miembros:</p> <p>a) El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministro, quien lo presidirá.</p> <p>b) El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su Viceministro como su delegado.</p> <p>c) El Ministro de Salud o el Viceministro como su delegado.</p> <p>d) El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto como su delegado.</p> <p>e) El Comandante del Ejército Nacional o el Segundo Comandante como su delegado.</p> <p>f) El Comandante de la Armada Nacional o el Segundo Comandante como su delegado.</p> <p>g) El Comandante de la Fuerza Aérea o el Segundo Comandante como su delegado.</p> <p>h) El Director General de la Policía Nacional o el Subdirector General como su delegado.</p> <p>i) Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional, en goce de asignación de retiro o pensión.</p> <p>j) Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares o Suboficiales o mandos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.</p> <p>k) Un representante del personal de Soldados Voluntarios, soldados profesionales, agentes o patrulleros y sus equivalentes Infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión.</p> | <p>i) Un representante del personal civil, no uniformado pensionado del Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>m) Un representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales del Ministerio de Defensa afiliado al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1°. Harán parte del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSMP) con voz, pero sin voto el Director General de Sanidad Militar, el Director de Sanidad de la Policía Nacional, Director del Hospital Militar Central y el Director del Hospital Central de Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. El CSSMP 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. Para sesionar y tomar decisiones válidas se necesitará la mayoría absoluta de sus miembros.</p> <p>PARÁGRAFO 3°. Los representantes del personal descrito en los literales (i, j, k, l, m) del presente artículo serán elegidos a nivel nacional por mayoría de votos y para un período de dos años. Se establece un máximo de dos periodos consecutivos para cada representante. Su inscripción se hará con su correspondiente suplente. El mecanismo de elección de los representantes descritos en los literales i, j, k, l y m estará a cargo de la Dirección Sectorial de Bienestar y Salud. El proceso de elección del representante del personal civil o no uniformado estará a cargo del Ministerio de Defensa Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 4°. En el momento de la posesión los representantes dispuestos en los literales i, j, k, l y m deberán recibir inducción y capacitación en los aspectos propios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, la cual estará a cargo de la Secretaría Técnica del Consejo Superior de Salud.</p> <p>PARÁGRAFO 5°. 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 9°. FUNCIONES DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL. Son funciones del CSSMP las siguientes:</p> <p>a) Emitir las políticas, planes, lineamientos, programas y prioridades generales del SSMP.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>b) Señalar los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>c) Aprobar el anteproyecto de presupuesto general de los subsistemas de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, presentado por los respectivos directores.</p> <p>d) Aprobar las tecnologías en salud adicionales del Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de conformidad con el artículo 32° de la presente ley, con sujeción a los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud en cada uno de los subsistemas.</p> <p>e) Determinar y reglamentar el funcionamiento de los fondos cuenta.</p> <p>f) Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para cada uno de los subsistemas con base en los presupuestos disponibles</p> <p>g) Autorizar a las entidades y a las unidades que conforman el SSMP la prestación de servicios de salud a terceros o a entidades promotoras de salud y determinar los parámetros que aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios del sistema.</p> <p>h) Establecer los parámetros para la práctica de exámenes médico-laborales básicos de capacidad psicofísica en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, establecidos en el Decreto Ley 1796 de 2000 o normas que lo modifiquen, sustituyan o adicionen.</p> <p>i) Aprobar el Plan de Estratégico Institucional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>j) Señalar los lineamientos generales para la realización de los exámenes de revisión de pensionados, de acuerdo con el parágrafo 4° del artículo 10 del Decreto Ley 1796 de 2000 y/o la normatividad vigente.</p> <p>k) Adoptar mecanismos que permitan regular el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>l) Dictar su propio reglamento.</p> <p>m) Expedir los actos administrativos para el cumplimiento de sus funciones.</p> <p>n) Las demás que le señale la ley.</p> <p>PARAGRAFO 1. Quienes hagan parte del CSSMP, 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>PARÁGRAFO 2°. Los actos administrativos que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional serán instrumentalizados mediante "Acuerdos" los cuales deberán surtir la debida publicación en el diario oficial y la notificación a los miembros del CSSMP y demás partes interesadas.</p> | <p>ARTÍCULO 10°. SECRETARÍA TÉCNICA DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LA FUERZA FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. La Secretaría Técnica del CSSMP será ejercida por el funcionario que designe el Ministro de Defensa Nacional. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:</p> <p>a) Actuar como Secretario en las reuniones del Consejo y de sus comisiones,</p> <p>b) Comunicar la convocatoria a las sesiones del Consejo conforme al reglamento y a las instrucciones impartidas por su Presidente.</p> <p>c) Elaborar y suscribir las actas de las reuniones del CSSMP.</p> <p>d) Llevar el archivo de todos los documentos, las actas, actos administrativos y demás actuaciones del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>e) Recopilar e integrar los informes, estudios y documentos que deban ser examinados o sometidos a aprobación del Consejo Superior de Salud de la Fuerza Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>f) Enumerar los Acuerdos del Consejo y ordenar su publicación en la Gaceta del Consejo Superior.</p> <p>g) Las demás que se le señalen en las normas legales y reglamentarias.</p> <p>PARÁGRAFO. Para ser Secretario Técnico del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se requiere acreditar profesión o especialidad a fin a ciencias de la salud.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO III DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES</p> <p>ARTÍCULO 11°. INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares (SSFM) lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Comando del Ejército Nacional, el Comando de la Armada Nacional, el Comando de la Fuerza Aérea Colombiana, Las Direcciones de Sanidad o su denominación en cada fuerza y los establecimientos de sanidad militar.</p> <p>ARTICULO 12°. COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES EN RELACIÓN CON EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Comando General de las Fuerzas Militares tendrá como responsabilidades, en relación con el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, las siguientes:</p> <p>a) Gestionar a través de los Comandos de Fuerza el personal Militar Asistencial, Administrativo y Logístico, destinado para el cumplimiento misional del Subsistema, de acuerdo con las necesidades presentadas por la Dirección General de Sanidad Militar y cada Dirección de Sanidad.</p> <p>b) Verificar, el cumplimiento al interior del Subsistema de las políticas y acuerdos que determine y apruebe el Consejo Superior de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> |
| <p>c) Coordinar la disponibilidad del personal de salud, material y equipos para la atención de las situaciones que se generen en los casos de alteración generalizada del orden público o de conflicto internacional y las acciones de colaboración con otros entes sectoriales para brindar apoyo humanitario por causa de emergencias o desastres conforme a las competencias que legalmente correspondan.</p> <p>ARTÍCULO 13°. DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. La Dirección General de Sanidad Militar, es una dependencia orgánica del Comando General de las Fuerzas Militares, cuyo objeto principal será el aseguramiento, dirección, administración, promoción del desarrollo, implementación, funcionalidad y sostenibilidad del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, incluyendo la gestión y administración delegada del talento humano de la planta de salud del Ministerio de Defensa Nacional, Sistema Integrado de Gestión, sistemas de información, administración del fondo cuenta y ejecución de los recursos destinados para el aseguramiento y la prestación del servicio esencial de salud a los afiliados del Subsistema, así como también la implementación, seguimiento y control de las políticas y lineamientos que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>ARTÍCULO 14°. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR. La Dirección General de Sanidad Militar, tendrá a su cargo las siguientes funciones respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares:</p> <p>a) Dirigir, planear, administrar y gerenciar el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, con sujeción a las políticas, lineamientos, planes y programas emitidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>b) Administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en los términos que establezca la ley y de acuerdo con las políticas y lineamientos que determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>c) Desarrollar el aseguramiento en salud para el personal afiliado al Subsistema de las Fuerzas Militares mediante la gestión de la afiliación, la gestión y administración financiera, la gestión integral del riesgo en salud, la administración de la red prestadora de servicios de salud y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud que se presten dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>d) Administrar y ejercer el control de la planta delegada de salud del talento humano.</p> <p>e) Presentar las propuestas de ley, decretos, resoluciones, acuerdos, planes y programas necesarios para la administración y funcionalidad, así como los demás actos administrativos que se deban expedir a nivel del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y apoyar en su elaboración según el caso.</p> | <p>f) Implementar las políticas, lineamientos, planes y programas emitidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y coordinar su desarrollo y ejecución con las Direcciones de Sanidad de cada una de las Fuerzas o sus equivalentes en el nivel prestador.</p> <p>g) Implementar el Sistema de Costos para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y estructurar la nota técnica de suficiencia de recursos del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>h) Elaborar y presentar ante el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el anteproyecto del presupuesto de inversión y funcionamiento para atender el Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, la provisión de servicios de Salud operacional y los programas de salud de la población afiliada no cotizante del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>i) Gestionar el cumplimiento de las condiciones establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en cuanto a las capacidades técnicas científicas y de tipo administrativo de la propia red con sujeción a los recursos disponibles.</p> <p>j) Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud al interior del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>k) Presentar a consideración del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional los ajustes correspondientes al Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, con sujeción a los recursos disponibles.</p> <p>l) Implementar el Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Calidad en Salud para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>m) Administrar y gerenciar el Sistema de Información en salud para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, asegurando los reportes de obligatorio cumplimiento con observancia al tratamiento de datos personales establecidos en la normatividad vigente.</p> <p>n) Gestionar y realizar las acciones de coordinación intrasectorial e intersectoriales necesarias para desarrollar las actividades de salud pública y las intervenciones en los determinantes de la salud en su población afiliada.</p> <p>o) Registrar, validar y actualizar de forma permanente la información del personal afiliado activo, retirado, pensionado y sus beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>p) Coordinar con las Dependencias del Ministerio de Defensa y demás entidades, la gestión para la obtención de los recursos adicionales, con el fin de optimizar el servicio de salud en las Fuerzas Militares.</p> <p>q) Elaborar en coordinación con las Direcciones de Sanidad de cada Fuerza o sus equivalentes el proyecto del Plan de Desarrollo Institucional del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares para ser presentado preliminarmente ante el Comité de Salud de las Fuerzas Militares y posterior</p> |

| | |
|--|---|
| <p>aprobación del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> r) Realizar el seguimiento, evaluación y autocontrol a la Gestión Administrativa, Técnica, Legal y Financiera del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. s) Evaluar y presentar al Comité de Salud de las Fuerzas Militares el informe de gestión y resultados, de los Establecimientos de Sanidad Militar. t) Coordinar las acciones del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares en apoyo logístico a las operaciones Militares. u) Desarrollar las políticas de atención al usuario y participación social e implementar el Sistema de Atención al Usuario en las dependencias que sean de su competencia. v) Realizar anualmente la rendición pública de cuentas sobre el desempeño en el cumplimiento de sus objetivos, en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. <p>PARÁGRAFO. La estructura de la Dirección General de Sanidad Militar, así como la conformación de la planta de personal civil de salud que pertenece al Ministerio de Defensa Nacional asignada para Sanidad de las Fuerzas Militares, se implementará acorde a las competencias establecidas por el Gobierno Nacional.</p> <p>ARTÍCULO 15°. COMITÉ DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Comité de Salud de las Fuerzas Militares como órgano de control, coordinador y de asesoría para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, estará integrado por los siguientes miembros:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) El Jefe de Estado Mayor Conjunto de las Fuerzas Militares, quien lo presidirá. b) El Segundo Comandante del Ejército Nacional. c) El Segundo Comandante de la Armada Nacional. d) El Segundo Comandante de la Fuerza Aérea. e) El Director de Planeación y Presupuesto del Ministerio de Defensa Nacional o quien haga sus veces. f) El Director Sectorial de Bienestar y Salud del Ministerio de Defensa Nacional o quien haga sus veces. g) Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares. h) Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares. i) Un representante del personal civil pensionado afiliado al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. | <p>PARÁGRAFO 1°. Harán parte del Comité, con voz, pero sin voto, el Director General de Sanidad Militar, el Director del Hospital Militar Central y los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares o sus equivalentes.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. Los miembros del Comité a que hacen referencia los literales g), h) e i) del presente artículo, no podrán ser los mismos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y en el momento de su posesión deberá recibir inducción y capacitación en los aspectos propios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, a cargo de la Dirección General de Sanidad Militar.</p> <p>PARÁGRAFO 3°. Los miembros del Comité a que hacen referencia los literales f), g) y h) del presente artículo, al ser parte de este órgano de control, coordinador y de asesoría para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, no podrán emplear la información a la que tengan acceso con motivo del desarrollo de sus funciones como miembro del cuerpo colegiado, para fines diferentes; así mismo las sesiones tendrán carácter reservado.</p> <p>PARÁGRAFO 4°. El Comité de Salud de las Fuerzas Militares deberá reunirse una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo solicite su presidente, podrá sesionar como mínimo con cinco de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo en ausencia del Jefe de Estado Mayor Conjunto. La participación de los Miembros en el Comité es indelegable. El mecanismo para la toma de las decisiones que se tomen en este comité se realizará de acuerdo con la reglamentación que se emita por parte del Comité de Salud de las Fuerzas Militares.</p> <p>PARÁGRAFO 5°. El representante del personal de oficiales en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares o de pensión, el representante del personal de suboficiales en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares o de pensión, el representante del personal civil pensionado afiliado al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el profesional de la salud representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares, serán elegidos a nivel Nacional por mayoría de votos y para un periodo de dos años.</p> <p>El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Caja de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL) para los literales g) y h) según reglamentación que expida su respectivo Consejo Directivo. b) La Dirección de Veteranos y Rehabilitación Inclusiva del Ministerio de Defensa Nacional o quien haga sus veces para el literal i), según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional. |
| <p>ARTÍCULO 16°. FUNCIONES DEL COMITÉ DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. Son funciones del Comité del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares realizar las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Realizar seguimiento a las políticas, planes y programas que defina el CSSMP respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. b) Conceptuar el Plan General de Sanidad con relación al Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema. c) Conceptuar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares. d) Conceptuar los planes operativos anuales del Subsistema. e) Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal. f) Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, informes de gestión, informes de entes de Control. g) Elaborar su propio reglamento. h) Las demás que les señalen la Ley y los reglamentos <p>ARTÍCULO 17°. COMPETENCIAS FUNCIONALES DE LAS FUERZAS MILITARES EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES. El Ejército Nacional, la Armada Nacional y la Fuerza Aérea Colombiana serán las responsables de la gestión operativa de la atención en salud y la prestación de los servicios de salud a los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares a través de las Direcciones de Sanidad o sus equivalentes y sus Establecimientos de Sanidad Militar organizados de manera territorial de conformidad con los planes, políticas, parámetros y lineamientos establecidos por el CSSMP y tendrán las siguientes funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Asegurar las actividades de promoción, prevención, prestaciones y servicios de salud requeridos para el desarrollo del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo y de Medicina Laboral de los miembros de su Fuerza, Alumnos de sus Escuelas de Formación, el personal civil vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993 al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y asignado a la Fuerza. b) Disponer de los recursos de talento humano, infraestructura, y equipos para la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades y operación que determine el modelo de atención en salud del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares c) Disponer de los recursos para el mantenimiento y sostenimiento de la infraestructura física y administrativa, medios disponibles, organización, funcionamiento, para apoyar las actividades en salud inherentes a las operaciones militares y la provisión de servicios de salud operacional. Lo anterior de acuerdo con la disponibilidad presupuestal. | <p>ARTÍCULO 18°. DIRECCIONES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS MILITARES. Las Direcciones de Sanidad o sus equivalentes serán dependencias orgánicas y estructurales de cada una de las Fuerzas, las cuales cumplirán sus funciones misionales de salud, como los agentes responsables de la organización y gestión de la provisión de servicios de salud, prestación de servicios de salud colectivos e individuales con calidad, a través de la red integrada de servicios de salud que le corresponda dentro del territorio y las acciones de salud operacional propias de las Fuerzas, en cumplimiento de las políticas impartidas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y lineamientos de la Dirección General de Sanidad Militar.</p> <p>PARÁGRAFO. Las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares o sus equivalentes, a las que se refiere la presente Ley serán organizadas por los respectivos Comandos de Fuerza acorde a su estructura organizacional interna.</p> <p>ARTÍCULO 19°. FUNCIONES DE LAS DIRECCIONES DE SANIDAD DE LAS FUERZAS MILITARES. Serán funciones de cada una de las Direcciones de Sanidad o sus equivalentes las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Implementar las políticas, acuerdos, lineamientos, planes y programas, emitidas por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y las directrices emitidas por la Dirección General de Sanidad Militar. b) Realizar la planeación operativa de la prestación de los servicios de salud, la adecuación de volumen de oferta/demanda y sus capacidades en la red propia y externa, de acuerdo con las directrices emitidas por la Dirección General de Sanidad Militar, para su cumplimiento a nivel prestador. c) Realizar la gestión operativa de la atención en salud, de las redes integradas de servicios, la coordinación funcional de las capacidades en salud y la administración eficiente, racional y costo/efectiva de los recursos asignados. d) Ejercer el control y administración en los aspectos administrativos, legales, y disciplinarios que sean de su competencia. e) Coordinar y desarrollar los programas y proyectos de investigación en salud que le corresponda. f) Administrar, controlar y disponer la información en salud de sus afiliados, la de prestación de servicios de salud y de su red de prestadores de servicios de salud, la de tipo administrativo y financiero que se genere en desarrollo de su actividad con aplicación de la normatividad legal vigente. g) Coordinar las acciones de monitoreo de las atenciones y prestación de servicios en salud de la red integrada de servicios de salud. h) Generar la Doctrina en Salud Operacional de acuerdo con la naturaleza de cada Fuerza, en coordinación con la Dirección General de Sanidad Militar. |

| | |
|--|--|
| <p>i) Coordinar y desarrollar la prestación de servicios y atenciones en salud operacional de las Fuerzas Militares, mediante la gestión integral de los riesgos propios de la actividad militar que desarrolle cada Fuerza.</p> <p>j) Coordinar intrasectorial e intersectorialmente las acciones de Salud Pública en el territorio de su responsabilidad.</p> <p>k) Proponer los ajustes a la organización funcional y demás disposiciones que regulan los procesos y procedimientos en articulación con las políticas emitidas por la Dirección General de Sanidad Militar.</p> <p>l) Realizar anualmente la rendición de cuentas ante la Dirección General de Sanidad Militar sobre su desempeño como gestor y prestador de servicios de salud.</p> <p>PARÁGRAFO 1°. Las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares o sus equivalentes a través de las dependencias que las conforman cumplirán actividades específicas dentro del proceso de Medicina Laboral que determine cada una de las Fuerzas; estas actividades serán definidas mediante reglamentación interna en concordancia con lo establecido en la normatividad vigente y los recursos humanos, técnicos, materiales y equipo, de infraestructura, y presupuestales que se requieran para el desarrollo de las mismas serán asignados por cada Fuerza y con cargo a sus propios recursos.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. Las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas Militares o sus equivalentes a través de las dependencias que las conforman podrán cumplir funcionalidades específicas dentro del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo o sus equivalentes que determine cada una de las Fuerzas; estas funcionalidades serán definidas mediante reglamentación interna en concordancia con lo establecido en la normatividad vigente y los recursos humanos, técnicos, materiales y equipo, de infraestructura, y presupuestales que se requieran para el desarrollo de las mismas serán asignados por cada una de las Fuerzas con cargo a sus propios recursos.</p> <p style="text-align: center;">CAPITULO IV DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL</p> <p>ARTÍCULO 20°. INTEGRACIÓN DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional está conformado por la Dirección General de la Policía Nacional, la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional y el Comité de Salud de la Policía Nacional, los prestadores propios de la red integral de servicios de salud, los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</p> | <p>ARTÍCULO 21°. LA DIRECCION 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:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Disponer el traslado de personal que se requiera para la administración y prestación del servicio de salud. b) Realizar las actividades requeridas para el desarrollo del proceso de Medicina Laboral de los miembros de la Policía Nacional, Alumnos de sus Escuelas de Formación, Auxiliares de Policía y al personal no uniformado vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, así como disponer de los recursos presupuestales requeridos. c) Administrar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para todas las unidades de la Policía Nacional. d) Realizar la asignación presupuestal para la cobertura de los servicios de salud en el exterior del personal enviado en comisión del servicio en el exterior. e) Asignar los recursos, medios y dispositivos, para el funcionamiento y desarrollo de las actividades en salud operacional. f) Asignar recursos logísticos, tecnológicos, de infraestructura y demás elementos para el fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con las necesidades del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. <p>ARTÍCULO 22°. DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL. La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, es una dependencia orgánica 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.</p> <p>ARTÍCULO 23°. FUNCIONES DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL. La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional tendrá las siguientes funciones.</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Dirigir, planear, administrar y gerenciar el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con sujeción a las políticas, lineamientos, planes y programas emitidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. b) Coordinar y administrar el recaudo de las cotizaciones a cargo de los afiliados del Subsistema de Salud de la Policía Nacional del aporte patronal y los demás ingresos contemplados para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional. c) Administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional en los términos que establezca la presente Ley y de acuerdo a las políticas y |
| <p>lineamientos que determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <ol style="list-style-type: none"> d) Elaborar y evaluar estudios, planes, programas, proyectos de inversión, propuestas e informes para ser presentados ante la instancia que corresponda. e) Gestionar recursos adicionales para optimizar la prestación del servicio de salud en la Policía Nacional, con el Ministerio de Hacienda y otras entidades que otorguen fuentes de financiación. f) Administrar el talento humano al servicio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. g) Proyectar, dirigir, orientar y evaluar los planes, programas y proyectos que serán presentados al Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. h) Desarrollar el aseguramiento en salud para el personal afiliado al Subsistema de la Policía Nacional mediante la gestión de la afiliación, la gestión y administración del riesgo financiero, la gestión integral del riesgo en salud, la administración de la red prestadora de servicios de salud y la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud que se presten dentro del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. i) Administrar y ejercer el control del talento humano al servicio del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. j) Implementar las políticas, lineamientos, planes y programas emitidos por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y coordinar su desarrollo y ejecución al interior del Subsistema de Salud de la Policía Nacional k) Implementar y mantener el Sistema de Costos para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y estructurar la nota técnica de suficiencia de recursos del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. l) Implementar el Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Calidad en Salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional m) Administrar y gerenciar el Sistema de Información en Salud para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, asegurando los reportes de obligatorio cumplimiento con observancia al tratamiento de datos personales establecidos en la normatividad vigente n) Gestionar y realizar las acciones de coordinación intrasectorial e intersectoriales necesarias para desarrollar las actividades de salud pública y las intervenciones en los determinantes de la salud en su población afiliada o) Coordinar con las dependencias del Ministerio de Defensa Nacional y demás entidades, la gestión para la obtención de los recursos adicionales, con el fin de optimizar el servicio de salud en la Policía Nacional p) Elaborar el proyecto del Plan de Desarrollo Institucional del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, para ser presentado preliminarmente ante el Comité de Salud de la Policía Nacional y posterior aprobación ante el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional | <ol style="list-style-type: none"> q) Evaluar y presentar al Comité de Salud de la Policía Nacional el informe de gestión y resultados, de las Unidades Prestadoras de Salud de la Policía Nacional. r) Liderar el aseguramiento en salud a través de la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS), administración financiera, el acceso efectivo a los servicios de salud, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios, la integralidad y continuidad de los mismos, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y el cumplimiento de los derechos de los usuarios sin perjuicio de su autonomía, con sujeción a la normatividad vigente s) Prestar los servicios de salud en condiciones de continuidad, oportunidad, pertinencia, accesibilidad, seguridad y satisfacción del usuario del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, con sujeción a la normatividad vigente t) Gestionar la salud operacional que se requiere para el adecuado desarrollo del servicio policial y del manejo de los riesgos en salud inherentes al ejercicio de la profesión u) Coordinar la Implementación de las actividades de la Calificación de la Capacidad Médico Laboral del componente de salud, conforme a los lineamientos del Direccionamiento de talento humano de la Institución v) Elaborar y presentar ante el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el anteproyecto del presupuesto de inversión y funcionamiento para atender el Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, la provisión de servicios de Salud Operacional y los programas de salud de la población afiliada no cotizante del Subsistema de Salud de la Policía Nacional <p>PARÁGRAFO. La Dirección de Sanidad de la Policía Nacional a través de las dependencias que la conforman cumplirá actividades específicas dentro del proceso de Medicina Laboral que determine la Policía Nacional; estas actividades serán definidas mediante reglamentación interna en concordancia con lo establecido en la normatividad vigente y los recursos humanos, técnicos, materiales y equipo, de infraestructura, y presupuestales que se requieran para el desarrollo de las mismas serán asignados por la Policía Nacional con cargo a sus propios recursos</p> <p>ARTÍCULO 24°. COMITÉ DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. El Comité de Salud de la Policía Nacional, como órgano de control, coordinador y de asesoría para Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el cual estará integrado por los siguientes miembros:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) El Director de Talento Humano de la Policía Nacional, quien lo presidirá o quien haga sus veces. |

| | |
|--|--|
| <p>b) El Jefe de la Oficina de Planeación de la Policía Nacional o quien haga sus veces.</p> <p>c) El Director de Bienestar Social de la Policía Nacional o quien haga sus veces.</p> <p>d) Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional.</p> <p>e) Un representante del personal de Suboficiales y del Nivel Ejecutivo en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional</p> <p>f) Un representante del personal de Agentes o Patrulleros en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional.</p> <p>g) Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. Participará en las sesiones del Comité de Salud de la Policía Nacional, el Director de Sanidad de la Policía Nacional con voz, pero sin voto.</p> <p>PARÁGRAFO 2º. Los miembros del Comité de Salud de la Policía Nacional a que hacen referencia los literales d), e), f) y g) del presente artículo, no podrán ser integrantes del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. El Comité de Salud de la Policía Nacional deberá reunirse cada dos (2) meses o extraordinariamente cuando lo solicite su presidente, podrá sesionar como mínimo con cuatro (4) de sus miembros y en ausencia del Director de Talento Humano de la Policía Nacional, o quien haga sus veces, será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo. El mecanismo para la toma de las decisiones del Comité se realizará de acuerdo con la reglamentación que se emita por parte del Comité de Salud de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 4º. El representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro de la Policía Nacional o de pensión, el representante del personal de Suboficiales o del Nivel Ejecutivo y Agentes o Patrulleros en goce de asignación de retiro de la Policía Nacional o de pensión, el profesional de la salud como representante de los empleados públicos de la Policía Nacional, serán elegidos a nivel Nacional por mayoría de votos y para un periodo de dos años.</p> <p>PARÁGRAFO 5º. Los miembros del Comité a que hacen referencia los literales f) y g) del presente artículo, no podrán ser los mismos del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, y en el momento de su posesión deberán recibir inducción y capacitación en los aspectos propios del Sistema de Salud de la Policía Nacional, a cargo de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional. El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:</p> | <p>a) Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional (CASUR) para los literales d), e) y f) según procedimiento que expida su Consejo Directivo.</p> <p>b) El Grupo de Talento Humano de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional o su equivalente para el literal g), según reglamentación que expida esa Dirección.</p> <p>ARTÍCULO 25º. FUNCIONES DEL COMITÉ DE SALUD DE LA POLICÍA NACIONAL. Son funciones del Comité de Salud de la Policía Nacional las siguientes:</p> <p>a) Realizar seguimiento a las políticas, planes y programas que defina el CSSMP respecto del Subsistema de Salud de la Policía Nacional Conceptuar el Plan General de Sanidad con relación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema.</p> <p>b) Conceptuar el Plan <i>General de Sanidad</i> con relación al Subsistema de Salud de la Policía Nacional, el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema.</p> <p>c) Conceptuar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del Subsistema de Salud de la Policía Nacional</p> <p>d) <i>Realizar la evaluación de la atención en salud y la prestación del servicio de salud de la red prestadora del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.</i></p> <p>e) Conceptuar los planes de acción anuales del Subsistema.</p> <p>f) <i>Hacer seguimiento a la Gestión Financiera y Presupuestal del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, emitir concepto y recomendaciones sobre la gestión realizada.</i></p> <p>g) <i>Asesorar a las dependencias de salud que componen el Subsistema de Salud de la Policía Nacional en lo de su competencia.</i></p> <p>h) Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción y emitir recomendaciones para el mejoramiento continuo</p> <p>i) <i>Verificar y coordinar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias de salud en apoyo de las actividades propias del Servicio Policial</i></p> <p>j) Elaborar su propio reglamento</p> <p>k) Las demás que le señalen la ley y los reglamentos</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO II. DE LA AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL</p> |
| <p style="text-align: center;">CAPÍTULO PRIMERO AFILIADOS</p> <p>ARTÍCULO 26º. AFILIADOS. Serán afiliados al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional los siguientes:</p> <p>1. Los afiliados sometidos al régimen de cotización:</p> <p>a) Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.</p> <p>b) Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.</p> <p>c) El personal civil y no uniformado activo o pensionado afiliado al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional bajo la vigencia de la Ley 263 de 1996. Cuando el personal descrito en este numeral cumpla requisitos de pensión pasará a pertenecer al régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social de Colombia.</p> <p>d) El personal civil pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil pensionado de las entidades descentralizadas por servicios, tanto adscritas como 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 y regidos por el Decreto 1214 de 1990.</p> <p>e) Los beneficiarios de pensión por muerte del personal uniformado en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de acuerdo con la normatividad vigente.</p> <p>f) 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 de acuerdo con la normatividad vigente. Cuando este personal tenga derecho a dos sustituciones pensionales en alguno de los regímenes de excepción podrá escoger su afiliación al régimen que él determine.</p> <p>g) Los beneficiarios por sustitución de pensión por muerte del personal civil pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, del personal civil pensionado de las entidades descentralizadas por servicios, tanto adscritas como 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 y regidos por el Decreto 1214 de 1990.</p> <p>h) El cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado cuando tenga una relación laboral o contractual o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado</p> | <p>a) efectuar su cotización para salud de conformidad con lo establecido en el parágrafo 4º del presente artículo.</p> <p>2. Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:</p> <p>a) Los alumnos de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>b) Las personas que se encuentren prestando el servicio militar en los términos establecidos en el artículo 4 de la Ley 1861 de 2017 o norma que la modifique, adicione o aclare, excepto el personal Auxiliar del Cuerpo de Custodia en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, de que trata el literal e) del artículo 15 ibidem.</p> <p>c) Los afiliados descritos en el presente literal b) no tendrán derecho a incluir beneficiarios dentro del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>3. Los beneficiarios de los afiliados sometidos al régimen de cotización enunciados en el literal a) del presente artículo:</p> <p>a) El cónyuge o compañero (a) permanente del afiliado, que no esté obligado a cotizar o afiliarse a ningún régimen especial o de excepción o al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>b) Los hijos menores de 25 años de cualquiera de los cónyuges o el compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente del afiliado.</p> <p>c) Los hijos del cotizante con invalidez que hagan parte del núcleo familiar y dependan económicamente del cotizante siempre y cuando esta invalidez haya sido estructurada dentro del límite de edad de cobertura.</p> <p>d) A falta de cónyuge o compañero (a) permanente e hijos con derechos, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado, que dependan económicamente de él y que no estén obligados a cotizar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>e) Los padres del personal activo de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que hayan ingresado al servicio con anterioridad a la expedición de los Decretos 096 del 11 de enero de 1989 y 1211 del 8 de junio de 1990, siempre y cuando dependan económicamente del Oficial o Suboficial y que no estén obligados a cotizar o afiliarse a algún régimen de excepción o al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>4. Los afiliados como cotizantes dependientes:</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Podrán ser afiliados como cotizantes dependientes los padres del personal activo de Oficiales, Suboficiales de las Fuerzas Militares y Oficiales, Suboficiales o Nivel Ejecutivo, Agentes y Patrulleros de la Policía Nacional que hayan ingresado al servicio con posterioridad a la expedición de los Decretos 096 del 11 de enero de 1989 y 1211 del 8 de junio de 1990, Soldados Profesionales o su equivalente en la Fuerza y del personal civil cotizante del SSMP que tengan su núcleo familiar conformado por cónyuge, compañero(a) o hijos con derecho, que dependan económicamente del afiliado cotizante y que no se encuentren obligados a cotizar o afiliarse a ningún régimen especial o de excepción o a los otros regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de mantener la cobertura familiar.</p> <p>PARÁGRAFO 1°. Cuando un afiliado cotizante esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud por razones laborales o ingresos adicionales, cumplirá las condiciones establecidas en el artículo 2.1.13.5 del Título XIII del Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 o normas que lo modifiquen, adicionen o deroguen.</p> <p>PARÁGRAFO 2°. La invalidez de que trata el numeral 3) del literal c) del presente artículo corresponde a la pérdida de capacidad laboral u ocupacional en un porcentaje igual o superior al 50%, de acuerdo con lo dispuesto en el "Manual Único para la Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional" del Sistema General de Seguridad Social contemplado en el Decreto 1507 de 2014 o norma que lo modifique, adicione o sustituya.</p> <p>PARÁGRAFO 3°. No serán beneficiarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional:</p> <p>a) Los hijos de los hijos beneficiarios.</p> <p>b) Los hijos del cónyuge o compañero (a) permanente beneficiario que no hagan parte del núcleo familiar del afiliado cotizante y que sean beneficiarios de un afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>PARÁGRAFO 4° 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.</p> <p>PARÁGRAFO 5°. Cuando se evidencie una doble afiliación entre este régimen de excepción con otro régimen de excepción o especial, el afiliado cotizante podrá elegir el régimen de su preferencia siempre y cuando garantice la afiliación a uno solo, sin perjuicio del aporte a este Subsistema de Salud. De la misma manera</p> | <p>aplicará en los eventos en que la doble afiliación se presente entre Fuerzas Militares y Policía Nacional.</p> <p>ARTÍCULO 27°. DERECHOS DE LOS USUARIOS. Los usuarios tendrán los mismos derechos consagrados en el artículo 10 de la Ley estatutaria 1751 de 2015 y los contenidos en el Plan General de Sanidad del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional SSMP:</p> <p>a) A acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad;</p> <p>b) Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno;</p> <p>c) A mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante;</p> <p>d) A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud;</p> <p>e) A recibir prestaciones de salud en las condiciones y términos consagrados en la ley;</p> <p>f) A recibir un trato digno, respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tengan sobre los procedimientos;</p> <p>g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma;</p> <p>h) A que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, asistencia de calidad por trabajadores de la salud debidamente capacitados y autorizados para ejercer;</p> <p>i) A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos;</p> <p>j) A recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad;</p> <p>k) A la intimidad. Se garantiza la confidencialidad de toda la información que sea suministrada en el ámbito del acceso a los servicios de salud y de las condiciones de salud y enfermedad de la persona, sin perjuicio de la posibilidad, de acceso a la misma por los familiares en los eventos autorizados por la ley o las autoridades en las condiciones que esta determine;</p> |
| <p>l) A recibir información sobre los canales formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito;</p> <p>m) A solicitar y recibir explicaciones o rendición de cuentas acerca de los costos por los tratamientos de salud recibidos;</p> <p>n) A que se le respete la voluntad de aceptación o negación de la donación de sus órganos de conformidad con la ley;</p> <p>o) A no ser sometidos en ningún caso a tratos crueles o inhumanos que afecten su dignidad, ni a ser obligados a soportar sufrimiento evitable, ni obligados a padecer enfermedades que pueden recibir tratamiento</p> <p>p) A que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los encargados o intervinientes en la prestación del servicio;</p> <p>q) A agotar las posibilidades de tratamiento para la superación de su enfermedad.</p> <p>ARTÍCULO 28°. DEBERES DE LOS USUARIOS. 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> <p>a) Dar cumplimiento de las acciones que se desarrollen dentro del Modelo de Atención en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional SSMP, que sean competencia del afiliado o de sus beneficiarios, en la provisión de riesgos en salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, paliación y cuidado de la salud.</p> <p>b) Cumplir con los requisitos y normas sobre afiliación, registro de la historia familiar y declaración del estado de salud establecidas para el SSMP.</p> <p>c) Informar oportunamente novedades que se presenten respecto del titular o sus beneficiarios para evitar incurrir en multifiliación con los otros regímenes especiales y con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>d) Realizar el pago del valor correspondiente de la cuota única anual de los beneficiarios que se vinculen en calidad de cotizantes dependientes.</p> <p>e) Responder por los daños que el afiliado o sus beneficiarios ocasionen en los bienes o instalaciones que sean dispuestos para su atención.</p> <p>f) Hacer un uso adecuado e intransferible de los documentos o mecanismos de identificación que lo acreditan como afiliado del SSMP.</p> <p>g) Mantener actualizados los datos de contacto del titular y sus beneficiarios en el sistema de información para el despliegue de las acciones en salud.</p> <p>h) Respetar y tratar con dignidad la intimidad de los demás pacientes.</p> <p>ARTÍCULO 29°. ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN. El Ministerio de Defensa Nacional, la Caja de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL), la Secretaría General de la Policía Nacional (SEGEN), la Caja de Sueldos de Retiro</p> | <p>de la Policía Nacional (CASUR) y entidades descentralizadas por servicios, tanto adscritas como vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional, tendrán según sea el caso, los siguientes deberes en relación con el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional:</p> <p>a) Afiliar al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional a las personas enumeradas en la presente Ley y registrar a sus respectivos beneficiarios.</p> <p>b) Descontar las cotizaciones que le corresponden a cada afiliado y transferir al respectivo fondo - cuenta de cada Subsistema dichas cotizaciones y el correspondiente aporte patronal a cargo del Estado.</p> <p>c) Actualizar y enviar mensualmente la información relativa a los afiliados a la Dirección General de Sanidad Militar o a la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional según sea el caso, dentro del marco de la Política de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social.</p> <p>d) Informar oportunamente al subsistema de Salud de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional los beneficiarios y demás personas que adquieren la calidad de cotizantes por sustitución de pensión o asignación de retiro.</p> <p>ARTÍCULO 30°. PÉRDIDA DE DERECHOS AL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. El derecho a la cobertura por parte del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional para los afiliados enunciados en la presente Ley, se perderá por las siguientes causas:</p> <p>a) Para afiliados sometidos al régimen de cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por muerte. 2. Por retiro de la Fuerza o de la Policía Nacional sin derecho a asignación de retiro o pensión por invalidez <p>b) Para los afiliados no sometidos al régimen de cotización:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por Muerte 2. Por perder la calidad de alumno de las escuelas de formación de las Fuerzas Militares o de la Policía Nacional. 3. Por haber finalizado la prestación del Servicio Militar, una vez se dé su licenciamiento o desacuartelamiento. <p>c) Para los beneficiarios de los afiliados sometidos al régimen de cotización enunciados en el literal a) del artículo 26°:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Para el cónyuge o el compañero (a) permanente: <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Por muerte. 1.2 Por independencia económica. |

| | |
|---|---|
| <p>1.3 Por declaración judicial de nulidad o inexistencia del matrimonio, por cesación de efectos civiles del matrimonio católico, por sentencia judicial o declaración extrajudicial de divorcio válido en Colombia o por disolución y liquidación de la unión marital de hecho declarada judicial o extrajudicialmente.</p> <p>2. Para los hijos:</p> <p>2.1 Por muerte.</p> <p>2.2 Por haber cumplido la edad límite establecida en la presente Ley.</p> <p>2.3 Para los mayores de 25 años cuando cese la condición de invalidez</p> <p>2.4 Por independencia económica.</p> <p>2.5 Cuando constituya familia por vínculo natural o jurídico.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. El no contar con los aportes del afiliado cotizante será una causal de extinción de derechos aplicable a los literales a) y c) del presente artículo.</p> <p>PARÁGRAFO 2º. Los beneficiarios del literal c) del presente artículo, en caso de muerte del cotizante continuaran afiliados al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional por un término de 90 días, prorrogables por 90 días más con justa causa, a partir de la fecha de fallecimiento del Cotizante mientras se realiza el reconocimiento de la sustitución de retiro o pensión y será una causal de pérdida del derecho el no reconocimiento de esta.</p> <p>PARÁGRAFO 3º Se exceptúan del presente artículo, el personal que perdiendo la calidad de afiliado, se encuentre en proceso médico laboral al momento del retiro o licenciamiento y que derivado del mismo, requieran atención en salud para definir la situación médico laboral, caso en el cual solo tendrán derecho únicamente a la prestación de los servicios de salud ordenados por las autoridades médico laborales hasta definir su situación medico laboral.</p> <p>ARTÍCULO 31º. PLANES COMPLEMENTARIOS DE SALUD. El SSMP permitirá la articulación y cobertura de planes complementarios en salud al Plan General de Sanidad para sus usuarios, a los cuales se accederá de manera voluntaria y serán financiados por los usuarios.</p> <p>PARÁGRAFO. El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional definirá los lineamientos para la cobertura del plan complementario dentro del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> | <p style="text-align: center;">CAPITULO II REGIMEN DE BENEFICIOS</p> <p>ARTÍCULO 32º. PLAN GENERAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. El Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional cubrirá, dentro del país, al personal de usuarios la prestación de servicios de salud y tecnologías que incluyan promoción de la salud, prevención, atención en la enfermedad y de la maternidad, rehabilitación funcional y paliación, a través de las redes integrales de servicios de salud de cada Subsistema, el cual no podrá ser inferior a las tecnologías de salud aprobadas por el Sistema general de seguridad Social en Salud con cargo a la suficiencia de recursos de la Unidad de Pago por Capitación.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. La provisión y prestación de tecnologías en salud adicionales a las establecidas en el presente artículo deberán ser evaluadas y aprobadas de conformidad con los mecanismos y lineamientos que para tal efecto establezca el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 2º. La provisión de las tecnologías en salud contempladas en el Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, se desarrollará de conformidad a lo establecido en la presente Ley, sin perjuicio de lo contemplado en el parágrafo 1º del presente artículo.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. La provisión y prestación de los servicios de salud para los afiliados al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional tendrá cobertura dentro del territorio nacional. La cobertura de servicios de salud para los afiliados que se encuentren domiciliados en el exterior o que de manera voluntaria e independiente acudan a servicios en el exterior no será cubierta por el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional por lo cual éste no pagará ni reembolsará ningún valor que se cause por la prestación de los servicios descritos de salud en el exterior.</p> <p>ARTÍCULO 33º. SERVICIOS EN SALUD OPERACIONAL PARA LA FUERZA PÚBLICA. Son las actividades en salud, inherentes a las operaciones militares y del servicio de policía y las actividades de salud especializadas que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica que deben tener en todo tiempo los efectivos de las fuerzas militares y de la Policía Nacional, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada fuerza, incluyendo el desarrollo de los programas de Sanidad en Campaña, Sanidad para Grupos Operativos en Tierra, estaciones rurales extremas, Medicina Naval y del Buceo y</p> |
| <p>Medicina Aeroespacial, teniendo como base la apreciación y análisis en Salud Operacional, planeamiento médico y logística médica</p> <p>PARÁGRAFO 1º. Cada una de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional mediante acciones intersectoriales deberán articular y armonizar las actividades de Salud Operacional con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de su propia Fuerza.</p> <p>PARÁGRAFO 2º. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional dispondrán de la infraestructura administrativa, recursos físicos y humanos necesarios para el desarrollo de las actividades y prestaciones en salud que correspondan a los servicios de Salud Operacional del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y de los programas correspondientes en los términos que establezca el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>PARÁGRAFO 3º. Las actividades y las tecnologías asociadas a los servicios de la Salud Operacional serán exclusivamente destinadas al personal uniformado de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.</p> <p>ARTÍCULO 34º. ATENCIÓN DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL. La atención en salud y prestación de los servicios de salud derivados de accidentes de trabajo y enfermedad laboral del personal uniformado activo de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, serán prestados por cada Subsistema de Salud según corresponda, en todas las etapas de su atención hasta su rehabilitación funcional. Para aquellos casos en los que exista personal afiliado y que reciba las prestaciones de salud en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y éste se encuentre afiliado al Sistema General de Riesgos Laborales, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional prestará los servicios de salud correspondientes y efectuará los recobros a las Administradoras de Riesgos Laborales correspondientes.</p> <p>ARTÍCULO 35º. 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 SSMP de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 y las disposiciones que lo adicionen o modifiquen.</p> <p>PARÁGRAFO 1. Las atenciones de urgencias realizadas como consecuencia de acciones terroristas ocasionados por bombas y artefactos explosivos ocurridos en actos de servicio serán cubiertos por la ADRES.</p> | <p>PARÁGRAFO 2. En los casos de accidentes de tránsito, el cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos podrán ser prestados por el SSMP en los términos establecidos por el CSSMP, 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>ARTÍCULO 36º. ÁREA DE MEDICINA LABORAL Es el área funcional de cada una de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, encargada de la calificación de la capacidad psicofísica para el ingreso, permanencia y retiro de los miembros de la Fuerza Pública, Alumnos de las Escuelas de Formación y sus equivalentes en la Policía Nacional, personal que presta el servicio militar, personal civil al servicio del Ministerio de Defensa Nacional y de las Fuerzas Militares y personal no uniformado de la Policía Nacional vinculado con anterioridad a la vigencia de la Ley 100 de 1993, sin perjuicio de lo establecido en el Decreto 1796 de 2000 o norma que lo modifique, adicione o sustituya. Adicionalmente asesorará en la determinación del tiempo de incapacidad y del grado de invalidez del personal, de conformidad con las normas vigentes.</p> <p>PARÁGRAFO 1º. Las actividades y servicios de salud, para el desarrollo de la Medicina Laboral estará a cargo de cada Fuerza y de la Policía Nacional, a través de las unidades ejecutoras que se desempeñen como empleadores y serán desarrolladas conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional para tal fin y de la normatividad vigente.</p> <p>PARÁGRAFO 2º. Se exceptúan del parágrafo 1º los exámenes a los aspirantes a las escuelas de formación de las Fuerzas Militares y sus equivalentes en la Policía Nacional, los cuales serán asumidos por el propio aspirante, así como las evaluaciones de aptitud psicofísica del personal inscrito para definir su situación militar que serán asumidas por las unidades ejecutoras correspondientes.</p> <p>ARTÍCULO 37º. CALIFICACIÓN DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, a través de cada uno de sus Subsistemas de Salud, hará la calificación del origen de la enfermedad en primera oportunidad a los afiliados con asignación de retiro y pensionados con otra vinculación laboral o contractual y afiliados por sustitución de asignación de retiro o pensión y personal no uniformado afiliado al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que en consecuencia realicen aportes a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud o quien la reemplace, así como a los funcionarios regidos por la Ley 100 de 1993 con servicios de salud de cada Subsistema.</p> |

ARTÍCULO 38°. CERTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, a través de los Subsistemas de Salud, será competente para generar la Certificación de Discapacidad y Registro de Localización y Caracterización de usuarios con discapacidad, en los términos señalados en la normatividad vigente

**TÍTULO III
DE LA FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL
SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA
NACIONAL**

**CAPÍTULO I
FUENTES DE FINANCIACIÓN CON RECURSOS PROPIOS**

ARTÍCULO 39°. COTIZACIONES. La cotización al SSMP para los afiliados sometidos al régimen de cotización de que trata el literal a) del artículo 34 será del doce punto cinco por ciento (12,5%) mensual calculado sobre el ingreso base de cotización. 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, Prestaciones Sociales de la Policía Nacional, Caja de Retiro de las Fuerzas Militares (CREMIL), Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional (CASUR) y por parte de las entidades descentralizadas por servicios tanto adscritas y vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional.

PARÁGRAFO 1°. El ingreso base de cotización será: para el personal militar y Policial en servicio activo, el sueldo básico adicionado con el subsidio familiar; para el personal civil o no uniformado Ley 100 de 1993 del Sector Defensa con derechos de salud, el sueldo básico; para el personal en goce de asignación de retiro o beneficiario de asignación de retiro, la asignación de retiro, y para los pensionados y los beneficiarios de pensión, la mesada pensional.

PARÁGRAFO 2°. El monto total de las cotizaciones establecidas en el presente artículo ingresará a los Fondos Cuenta del (SSMP) según corresponda, para la financiación y aseguramiento del plan general de sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de la población cotizante y sus beneficiarios de que trata la presente ley. La asignación, destinación y desagregación presupuestal deberá cumplir las normas legales establecidas y las políticas y lineamientos que para el

efecto determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

PARÁGRAFO 3°. El uno punto cinco (1.5) de la cotización establecida en el presente artículo será trasladado a la Administradora de Recursos de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) o quien haga sus veces, acorde a los términos legales establecidos para esa entidad.

ARTÍCULO 40°. OTROS INGRESOS. Serán otros ingresos los siguientes:

- a) Los derivados de la prestación de servicios a usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional o a particulares, que sean ordenados por autoridades judiciales.
- b) Los derivados de la prestación o venta de servicios ambulatorios y hospitalarios que determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y aquellos recobros que, por atención de urgencias médicas, Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito (SOAT), eventos catastróficos o prestación de servicios sin barreras sean aplicables de acuerdo con la normatividad vigente.
- c) Los derivados de los exámenes de capacidad psicofísica en los eventos contemplados en el artículo 4° del Decreto Ley 1796 de 2000, asumidos conforme a lo establecido en el artículo 34 del Decreto Ley 1796 de 2000 o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen.
- d) Recaudo por rendimientos y excedentes financieros.
- e) Los derivados por convenios docente asistenciales y de investigación.
- f) Los derivados de la prestación de servicios de planes complementarios.
- g) Los ingresos por pagos de las cotizaciones de los cotizantes dependientes.
- h) Transferencias de los recursos presupuestales de las unidades ejecutoras del Ministerio de Defensa Nacional y de la Policía Nacional, provenientes de sus fondos internos siempre y cuando estos no tengan destinación específica y exista la disponibilidad presupuestal.
- i) Los demás que determinen las normas vigentes.

PARÁGRAFO 1°. Los ingresos enunciados en el presente artículo harán parte del Fondo Cuenta del respectivo Subsistema de Salud y la asignación, destinación y desagregación presupuestal deberá cumplir las normas legales establecidas y los lineamientos que para el efecto determine el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

PARÁGRAFO 2°. Para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional los ingresos asignados para la cobertura de los servicios de salud en el exterior del personal uniformado activo y personal civil regido por el Decreto 1214 de 1990, en comisión del servicio y sus beneficiarios.

**CAPÍTULO SEGUNDO
FUENTES DE FINANCIACIÓN CON APORTES DEL GOBIERNO**

ARTÍCULO 41°. PRESUPUESTO ESPECIAL DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. Créase el Presupuesto Especial del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional para completar el financiamiento del Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional de que trata la presente Ley, teniendo en cuenta que para los regímenes de excepción no aplica el mecanismo de compensación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y las cotizaciones de sus afiliados están parametrizadas para el cubrimiento de un plan básico de atención y no para el Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

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

ARTÍCULO 42°. PRESUPUESTO PER CÁPITA DEL SECTOR DEFENSA. Créase el Presupuesto Per Cápita para el Sector Defensa (PPCD) del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el cual será equivalente a una Unidad de Pago por Capitación (UPC) promedio general del Sistema General de Seguridad Social en Salud incrementada en un mínimo del veinticinco por ciento (25%) del valor de la UPC promedio general por cada uno de los afiliados no cotizantes.

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

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

ARTÍCULO 43°. PRESUPUESTO PARA LAS ATENCIONES EN SALUD DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD LABORAL. El presupuesto para la prestación de las atenciones de salud derivadas de las enfermedades laborales o accidentes de trabajo será como mínimo el valor equivalente al tres por ciento (3%) del valor total de la nómina de la Fuerza Pública y del personal civil definido en el Decreto Ley 1214 de 1990.

PARÁGRAFO 1°. Entiéndase como Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral lo establecido en los artículos 30° y 31° del Decreto 1796 de 2000 o normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen.

PARÁGRAFO 2°. Una vez se establezca el costo de las atenciones en salud derivadas de los accidentes de trabajo y enfermedad laboral con base en los estudios técnicos, realizados por cada uno de los Subsistemas de Salud y aprobados por el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Gobierno Nacional podrá asignar el porcentaje de aporte adicional al establecido en el presente artículo que deba ser reconocido anualmente al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

ARTÍCULO 44°. RECURSOS DE INVERSIÓN PARA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. El Gobierno Nacional deberá apropiar con cargo al Presupuesto Nacional, los recursos necesarios de Inversión para cubrir los costos de adquisición de predios, la construcción y adecuación de infraestructura de los Establecimientos de Sanidad, Hospitales Militares y de Policía Nacional del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares 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.

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 de inversión.

ARTÍCULO 45°. OTROS APORTES DEL GOBIERNO NACIONAL. El Gobierno Nacional podrá realizar aporte de manera extraordinaria, de acuerdo con las disposiciones presupuestales que sitúe el Gobierno Nacional para atender contingencias en salud o hechos sobrevinientes en salud para los cuales no existan un aseguramiento financiero y que no constituyan un gasto corriente en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Esta situación de recursos en todo caso será reglamentada por el Gobierno Nacional.

ARTÍCULO 46°. APORTES TERRITORIALES. El SSMP 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.

**CAPITULO TERCERO
ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL**

ARTÍCULO 47°. FONDOS CUENTA DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. Para los efectos de la operación del SSMP, funcionará el fondo cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el fondo cuenta del Subsistema de Salud de la Policía Nacional. Los fondos cuenta tendrán el carácter de fondos especiales, sin personería jurídica, ni planta de personal

PARÁGRAFO 1°. La administración del Fondo Cuenta y de sus recursos presupuestales será realizada por la Dirección General de Sanidad Militar para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y por la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional

ARTÍCULO 48°. FINANCIACIÓN DE LOS FONDOS CUENTA DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL Ingresarán a cada uno de los Fondos Cuenta los siguientes recursos según sea el caso:

- a) Ingresos por concepto de recaudo de las cotizaciones de los afiliados cotizantes descritos en el artículo 39° de la presente Ley.
- b) Los ingresos establecidos en el artículo 40° de la presente Ley.
- c) Ingresos por concepto del Presupuesto Especial para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, descrito en el artículo 41° de la presente Ley.
- d) Ingresos por concepto del Presupuesto Per cápita del Sector Defensa para el Sistema de Salud Militar y de la Policía Nacional descrito el Artículo 42° de la presente Ley.
- e) Ingresos por concepto del Presupuesto para la Atención en Salud de los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral, descrito en el artículo 43° de la presente Ley.
- f) Ingresos por Recursos de Inversión para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, descritos en el artículo 44° de la presente Ley.
- g) Ingresos por concepto de los otros aportes, descritos en el artículo 45° de la presente Ley.

- c) Adelantar estudios de investigación científica en áreas médicas, paramédicas y administrativas.
- d) Promover el desarrollo y bienestar del personal que pertenece a la estructura orgánica del Hospital.
- e) Una vez satisfecha la demanda de atención de servicios de salud del subsistema militar y de Policía, podrá ofrecer servicios de salud a particulares.

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

ARTÍCULO 53°. DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN. El Hospital Militar Central tendrá como órganos de dirección y administración un Consejo Directivo y un Director General quien será su representante legal. El Consejo Directivo estará conformado por:

- a) El Ministro de Defensa Nacional o el Viceministerio.
- b) El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto o su delegado.
- c) El Segundo Comandante del Ejército Nacional, o su delegado
- d) El Segundo Comandante de la Armada Nacional, o su delegado
- e) El Segundo Comandante de la Fuerza Aérea, o su delegado
- f) El Director General de Sanidad Militar
- g) El Subdirector de Salud de la Dirección General de Sanidad Militar
- 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) El Subdirector de Gobierno, Seguridad y Justicia de la Dirección General del Presupuesto Público Nacional del Ministerio de Hacienda y Crédito Público o quien haga sus veces
- k) Un representante del cuerpo médico o paramédico del Hospital Militar Central escogido por el Ministro de Defensa Nacional de terna presentada por el Director General del Hospital, para un periodo de dos años.
- l) Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos, trabajadores oficiales y pensionados del Hospital Militar Central elegido por sus representados por mayoría de votos y para un periodo de dos años.

PARÁGRAFO 1°. La participación de los miembros del Consejo Directivo es indelegable sin perjuicio de lo establecido en los literales a), b), c), d), e) y f) del presente artículo.

PARÁGRAFO. Los recursos a que hacen referencia los literales a) y b), serán recaudados y transferidos directamente al Fondo Cuenta correspondiente para su distribución y transferencia.

ARTICULO 49°. TRANSFERENCIA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. Los recursos de los fondos cuentan se destinarán exclusivamente al financiamiento del respectivo Subsistema y del Plan General de Sanidad, incluyendo la provisión de los servicios de salud operacional, de conformidad con las políticas y lineamientos de transferencia de recursos, distribución presupuestal y aplicación de recursos presupuestales.

**TITULO IV
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

ARTÍCULO 50°. NATURALEZA JURÍDICA. El Hospital Militar Central, es un Establecimiento Público del orden Nacional, adscrito al Ministerio de Defensa Nacional, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y financiera, con domicilio en Bogotá, D.C.

ARTÍCULO 51°. OBJETO. Como parte integral del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Hospital Militar Central tendrá como objeto la prestación de los servicios de salud a los afiliados y beneficiarios del SSMP y se constituye en uno de los establecimientos de más alto nivel para la atención de los servicios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares.

PARÁGRAFO 1°. Para mantener la eficiencia y calidad de los servicios, desarrollará actividades de docencia e investigación científica, acordes con las patologías propias de los afiliados al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional SSMP y sus beneficiarios, según las normas vigentes.

PARÁGRAFO 2°. El Hospital Militar Central podrá ofrecer servicios a terceros priorizando la atención de los usuarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y una vez satisfecha la demanda de atención de servicios de salud del SSMP.

ARTÍCULO 52°. FUNCIONES. En desarrollo de su objetivo, el Hospital Militar Central cumplirá las siguientes funciones:

- a) Prestar con prioridad, atención médica a afiliados y beneficiarios del (SSMP).
- b) Desarrollar programas en educación médica en pregrado, posgrado, enfermería y en otras áreas relacionadas con los objetivos del (SSMP).

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 seis de sus miembros y en ausencia de su presidente o su delegado, presidirá la reunión el oficial en actividad de mayor grado y antigüedad.

ARTÍCULO 54°. FUNCIONES DEL CONSEJO DIRECTIVO. Son Funciones del Consejo Directivo:

- a) Formular la política general del Hospital Militar Central, acorde con las directrices del Ministerio de Defensa Nacional, 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 Gobierno Nacional las modificaciones de la estructura orgánica que consideren pertinentes y adoptar los estatutos internos de la entidad y cualquier reforma que a ellos se introduzca de conformidad con lo dispuesto en sus actos de creación o reestructuración
- e) Proponer al Gobierno Nacional la modificación de la planta de personal del Hospital Militar Central
- f) Aprobar u objetar los balances de ejecución presupuestal y los estados financieros y patrimoniales del Hospital, de conformidad con las normas vigentes y emitir concepto sobre los mismos y hacer las sugerencias para mejorar el desempeño Institucional.
- g) Aprobar el anteproyecto de presupuesto de funcionamiento e inversión y los de adición y traslados presupuestales de la entidad
- h) Vigilar y controlar los planes funcionamiento e inversión con arreglo a la Ley y los reglamentos
- i) Autorizar al Director General del Hospital para negociar empréstitos de acuerdo con las disposiciones legales vigentes
- j) Expedir, adicionar y reformar el Estatuto interno
- k) Estudiar y aprobar el Plan de Desarrollo Institucional
- l) Aprobar los Planes Operativos Anuales
- m) Aprobar las tarifas internas y externas para la prestación de los servicios de la entidad.
- n) Controlar el funcionamiento general del Hospital, velando por la adecuada ejecución y desarrollo de su objeto social en armonía con las políticas del CSSMP
- o) Controlar y supervisar el desarrollo y cumplimiento de los planes y programas de la entidad.
- p) Darse su propio reglamento.

| | |
|--|--|
| <p>q) Las demás que le señale la Ley y los Reglamentos.</p> <p>ARTÍCULO 55°. 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) Administrar la planta de personal del Hospital Militar Central y el personal uniformado asignado a esa entidad de acuerdo con las normas vigentes. d) Ejercer y dar aplicación al régimen disciplinario previsto en las disposiciones legales vigentes e) Implementar las políticas, lineamientos y programas de salud que establezca el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional que sean de su competencia y aquellos establecidos por el Consejo Directivo del Hospital Militar Central en concordancia con los lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud y Protección Social f) Presentar al Consejo Directivo la política general del organismo, los planes y programas que, conforme a la Ley Orgánica de Planeación y a la Ley Orgánica del Presupuesto deben proponerse para su incorporación a los planes sectoriales y a través de éstos, al Plan Nacional de Desarrollo g) Presentar al Consejo Directivo la política de mejoramiento continuo de la entidad, así como los programas orientados a garantizar el desarrollo administrativo h) 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 i) Realizar el seguimiento y control al funcionamiento general del Hospital, garantizando la articulación del Modelo de Atención Integral en Salud establecido para el Subsistema de Salud Militar y las políticas del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional j) Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional y el CSSMP. k) Establecer mecanismos de control y calidad a los servicios de salud para garantizar a los usuarios atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua. l) Representar al Hospital judicial y extrajudicialmente y nombrar los apoderados que demande la mejor defensa de los intereses de la Institución. | <ul style="list-style-type: none"> m) Adoptar las tarifas establecidas por la ley en cuanto se requiera para la venta de servicios de salud. n) Las demás que le señale la Ley y el estatuto interno. <p>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, ser profesional especializado y con experiencia en administración de servicios de salud.</p> <p>ARTÍCULO 56°. RÉGIMEN DE PERSONAL. Las personas vinculadas al Hospital Militar Central tendrán el carácter de empleados públicos o trabajadores oficiales conforme a las normas vigentes, aunque en materia salarial y prestacional deberán regirse por el régimen especial establecido por el Gobierno Nacional</p> <p>ARTÍCULO 57°. PATRIMONIO Y RECURSOS. Los recursos y el patrimonio del Hospital Militar Central estarán conformados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Las partidas y transferencias 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 y productos 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 ingresos que obtenga por la ejecución de convenios interadministrativos celebrados con otras entidades públicas y con las Fuerzas Militares y la Policía Nacional para la atención de los afiliados al SSMP, con otras entidades públicas y por la ejecución de contratos suscritos con entidades o personas privadas. <p>ARTÍCULO 58°. 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.</p> |
| <p>ARTÍCULO 59°. 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.</p> <p>ARTÍCULO 60°. CONTROL Y VIGILANCIA. Sin perjuicio del control ejercido por otras entidades de control del estado y dependencias del Ministerio de Defensa Nacional, 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.</p> <p style="text-align: center;">TÍTULO V MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD</p> <p>ARTÍCULO 61°. PLANEACIÓN INTEGRAL DE LA SALUD. La Dirección General de Sanidad Militar para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, serán las encargadas de realizar la Planeación Integral de la Salud dentro de las cuales deberán incluir las acciones necesarias para la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de la gestión y el gerenciamiento del Modelo de Atención Integral en Salud, soportadas con la información de la caracterización de la población, perfil epidemiológico y estimación de riesgos en salud, de conformidad a las políticas y lineamientos que emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional</p> <p>PARÁGRAFO. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional desarrollarán la gestión integral del riesgo en salud, gestión del riesgo financiero, aspectos técnicos, legales y asistenciales, con la finalidad de garantizar la provisión de servicios de salud y garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud a su población de afiliados, que permitan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud mediante la promoción de la salud, prevención, atención y recuperación de la enfermedad, rehabilitación funcional y paliación.</p> <p>ARTÍCULO 62°. DEFINICIÓN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. El Modelo de Atención Integral en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional – (MATIS-SSMP), estará centrado en el usuario y su familia, y deberá cumplir como mínimo con los lineamientos que</p> | <p>disponga el Ministerio de Salud y Protección Social, con énfasis en las estrategias de atención primaria en salud (APS), la gestión integral del riesgo en salud y la provisión de servicios de salud mediante redes integrales de prestación de los servicios en salud (RISS) en un ámbito territorial.</p> <p>PARÁGRAFO. El Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, aprueba el Modelo de Atención Integral en Salud para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el cual deberá implementarse acorde con las necesidades y requerimientos propios de cada Subsistema en consideración a su misionalidad, caracterización de la población y capacidades para la prestación del servicio de Salud, de acuerdo con las políticas emitidas por el Ministerio de Salud y la Protección Social.</p> <p>ARTÍCULO 63°. MODELO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD. 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; la representatividad del usuario, 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 Integral en Salud (MATIS) y del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud establecido por el CSSMP.</p> <p>ARTÍCULO 64°. DEL COMPONENTE DE LA GESTIÓN DEL MODELO. La gestión del modelo de la atención comprenderá la administración de las bases de datos de usuarios del (SSMP), gestión del riesgo en salud, análisis de la situación en salud, la administración financiera, 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.</p> <p>ARTÍCULO 65°. PROVISIÓN Y PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, deberán asegurar de manera directa o mediante sus gestores y prestadores de salud, enmarcados en el Modelo de Atención Integral en Salud, la provisión y prestación de todos los servicios de salud, incluidos en el Plan General de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, sin distinción de tipo de usuario, grados o jerarquías de los mismos y de la Fuerza o unidad a la cual pertenezcan o hayan pertenecido.</p> <p>PARÁGRAFO 1°. La prestación de los servicios de salud comprende las acciones de salud pública enmarcadas en la estrategia de Atención Primaria en Salud y las prestaciones individuales definidas en el Plan General de Sanidad de las Fuerzas</p> |

Militares y de la Policía Nacional en el ámbito de un Modelo de Atención Integral en Salud

PARÁGRAFO 2°. La gestión y prestación de los servicios de salud será de forma desconcentrada a través de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, con el fin de optimizar la utilización de las capacidades, facilitar el acceso, la oportunidad y calidad de los servicios de salud en las Fuerzas Militares y en la Policía Nacional, con sujeción a las políticas, lineamientos, planes y programas que para tal fin emita el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional

PARÁGRAFO 3°. Cada Subsistema garantizará la realización de las acciones intersectoriales que puedan ser necesarias con otras entidades, que permitan y faciliten el acceso a los beneficios de las actividades de salud pública para la población de usuarios del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional

PARÁGRAFO 4°. En todo caso deberá establecerse un Establecimiento de Sanidad primaria, donde los usuarios, contarán con un equipo básico de atención en salud, encargado de gestionar el cuidado primario que incluye atenciones y acciones para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana. No obstante si el desplazamiento hacia otro municipio y su duración no es mayor a un mes el afiliado y sus beneficiarios podrán recibir la atención de urgencias, así como la atención posterior que se requiera derivada de la urgencia, en los Establecimientos de Sanidad o en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que hagan parte o no de la red de servicios del SSMP; en caso que el periodo de desplazamiento (temporalidad) supere el mes, deberá solicitar cambio de adscripción de Establecimiento de Sanidad

PARAGRAFO 5°. Para el caso del personal en servicio activo, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, asegurarán la prestación de servicios de salud acorde a los lineamientos establecidos en el Modelo de Atención en Salud, teniendo en cuenta las áreas bases de asignación; con la observancia de las novedades administrativas de personal y movimientos inherentes al cumplimiento de tareas propias de la Fuerza Pública, condición en la cual los Establecimientos de Sanidad garantizarán el acceso a los servicios de salud requeridos, sin condicionamiento diferente a su estado de afiliación

ARTÍCULO 66°. GESTIÓN DEL RIESGO FINANCIERO. La Dirección General de Sanidad Militar para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional, serán las dependencias responsables del aseguramiento financiero con

sujeción a la disponibilidad presupuestal que asigne el Gobierno Nacional y del monitoreo de la gestión financiera y presupuestal.

PARÁGRAFO 1°. Para el cumplimiento de lo establecido en el presente artículo el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional determinará los lineamientos para el necesario y debido control para la eficiente, racional y costo/efectiva administración y ejecución de los recursos presupuestales.

PARÁGRAFO 2°. De conformidad con las funciones establecidas en la presente Ley, la Dirección General de Sanidad Militar para el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional para el Subsistema de Salud de la Policía Nacional deberán implementar el Sistema de Costos en su respectivo Subsistema de Salud para coadyuvar a la adecuada gestión del riesgo financiero y presupuestal

ARTÍCULO 67°. SISTEMA DE CALIDAD EN SALUD PARA EL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. Se establece como el conjunto de normas, requisitos, mecanismos, procesos y procedimientos sistemáticos que se deberán desarrollar en cada Subsistema para planear, mantener, monitorear y mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud de sus usuarios.

PARÁGRAFO. El Sistema de Calidad en Salud hará parte del Sistema Integrado de Gestión que se implemente para cada Subsistema y propenderá por asegurar las capacidades técnico científicas necesarias para el funcionamiento de sus Establecimientos de Sanidad o unidades prestadoras de salud de conformidad a las políticas y lineamientos que para tal fin emita el Consejo Superior de Salud de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

**TITULO VI
DE LAS DISPOSICIONES FINALES**

ARTÍCULO 68°. CONTROL Y VIGILANCIA. Sin perjuicio del control ejercido por otras entidades de control del estado y dependencias del Ministerio de Defensa Nacional, la Superintendencia Nacional de Salud efectuará la inspección vigilancia y control al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (SSMP), dentro de los términos de su competencia y acorde a las normas propias de este Régimen de Excepción.

ARTÍCULO 69°. ENTES DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO EN EL ÁREA DE LA SALUD. Los entes de formación y desarrollo del recurso humano serán:

- a) Escuelas de auxiliares de enfermería.
- b) 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.
- c) 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

PARÁGRAFO. La Universidad Militar Nueva Granada sin perjuicio de su autonomía Legal y acorde a lo establecido en la Ley 805 de 2003 o normas que la modifiquen, adiciónen o sustituyan, podrá brindar su apoyo y colaboración al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en capacitación y formación de su recurso humano

ARTICULO 70°. RESTRUCTURACIÓN DE LA PLANTA DE PERSONAL DEL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL. El Gobierno Nacional a través del Departamento Administrativo de Función Pública y el Ministerio de Defensa Nacional, realizará la modificación de la planta de personal adicionando los empleos asistenciales y administrativos con el fin de que los Subsistemas de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional cuenten con una planta de personal competitiva de acuerdo con los perfiles requeridos.

PARAGRAFO: Cada Subsistema deberá sustentar para esta reestructuración un análisis, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, el censo poblacional, georeferenciación de la prestación del servicio y la capacidad instalada e infraestructura hospitalaria.

ARTÍCULO 71°. ARTÍCULO TRANSITORIO. Los Acuerdos expedidos por el CSSMP con anterioridad a la fecha de publicación de esta Ley, continuarán vigentes hasta tanto se modifiquen, adiciónen o deroguen. Los actuales Miembros del CSSMP de los Comités de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional y del Consejo Directivo del Hospital Militar Central, terminarán el periodo para el cual fueron designados o elegidos.

ARTÍCULO 72°. OPERATIVIDAD DEL NUEVO SISTEMA. El Gobierno Nacional reglamentará las disposiciones necesarias para facilitar la operatividad del nuevo sistema que se crea mediante la presente Ley.

ARTÍCULO 73°. ARTÍCULO TRANSITORIO. El Gobierno Nacional, dentro de los seis (6) meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente ley adoptará las medidas necesarias para la asignación de recursos adicionales al Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, con el fin de fortalecer y ampliar la estructura física de los Establecimientos de Sanidad Militar y Policial, así como para la modernización de los dispositivos médicos y equipos biomédicos necesarios.

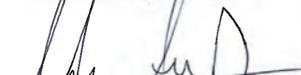
PARÁGRAFO. Las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, a través de sus dependencias idóneas, realizarán los estudios técnicos pertinentes que permitan sustentar la asignación de los recursos de que trata el presente artículo transitorio.

ARTICULO 74°. VIGENCIA. La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias en especial la Ley 352 de 1997 y el Decreto Ley 1795 de 2000.

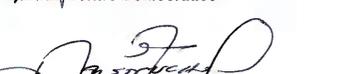
De los Honorables Representantes,



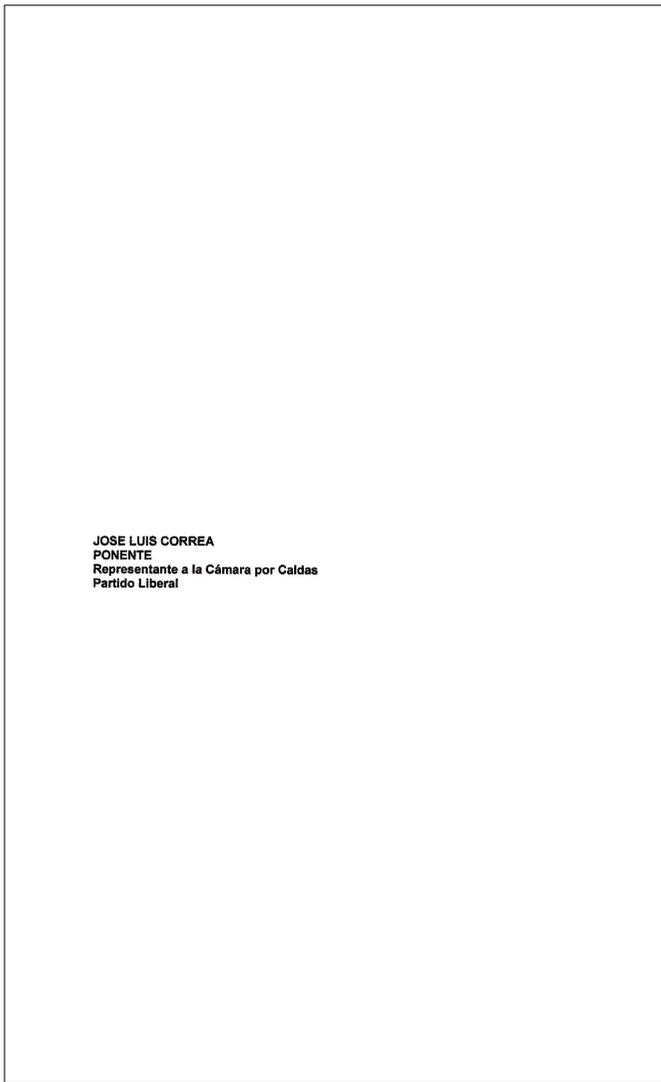
CARLOS EDUARDO ACOSTA
COORDINADOR PONENTE
Representante a la Cámara por Bogotá
Partido/Colombia Justa Libres



JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
PONENTE
Representante a la Cámara por el Meta
Partido/Centro Democrático



JAIRO CRISOSTOMO TARACHE
PONENTE
Representante a la Cámara por el Casanare
Partido Centro Democrático



JOSE LUIS CORREA
PONENTE
 Representante a la Cámara por Caldas
 Partido Liberal

CARTA DE COMENTARIOS

CARTA DE COMENTARIOS COLEGIO DE ABOGADOS PENALISTAS PROYECTO DE LEY NÚMERO 441 DE 2022 CÁMARA, 325 DE 2022 SENADO

Doctor
JUAN DIEGO GÓMEZ JIMÉNEZ
 Presidente
 Senado de la República
 República de Colombia

Doctora
JENNIFER KRISTIN ARIAS FALLA
 Presidenta
 Cámara de Representantes

De nuestra consideración

En buena hora el Gobierno Nacional ha impulsado la iniciativa de convertir en legislación permanente el Decreto 806 de 2020, que permite la utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en la prestación del servicio de Justicia, con innegables ventajas para toda la sociedad colombiana, como se ha manifestado de manera unánime por Jueces, Colegios de Abogados, medios de comunicación y ciudadanos en general.

El Decreto 806 de 2020 pierde vigencia el próximo 4 de Junio, y es por ello la urgencia de tramitar con toda la agilidad este proyecto de ley, en tanto que, de no aprobarse el mismo, en unas pocas horas tendríamos que regresar de una justicia ágil, pública, de fácil acceso a los ciudadanos, a lo que teníamos antes del comienzo de la pandemia, los aplazamientos, los procesos interminables, el papel, y los costos que tanto el Estado como la ciudadanía tienen que asumir para el funcionamiento de la Justicia. Es por ello que todas las voces interesadas en esta materia nos hemos unido para decir que el regreso no es una opción.

De manera particular, los litigantes valoramos inmensamente este proyecto de Ley que además es producto del consenso entre el

Ejecutivo, la Rama Judicial y los colegios profesionales que participamos en el marco de la Comisión establecida para estos efectos, en tanto que nos ha permitido atender nuestros procesos de forma mucho más eficiente, dado que no tenemos que pasar extensas jornadas en desplazamientos entre ciudades, o las consabidas esperas –de horas- para que haya una sala de audiencias disponible. Esta oportunidad histórica, por demás, ha generado un consenso sin precedentes entre nosotros, los jueces, fiscales y procuradores que nos hemos unidos por una sola causa, una mejor Justicia para todos.

Reconocemos en Ustedes líderes conocedores de las ventajas de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, que representan el relevo generacional en los liderazgos de nuestro país y nos sentimos confiados en que estarán a la altura de la importancia que la verdadera revolución en la justicia implica para todos los colombianos. Queremos felicitarlos, y hacer un reconocimiento por la celeridad que le han dado a este proyecto de Ley, y de manera atenta, rogarles se sirvan incluir el proyecto de ley dentro del orden del día respectivo, con la mayor brevedad posible.

Estamos atentos al trámite de este proyecto de ley histórico para todos los colombianos, y acompañándolos para lo que consideren.

Con todo respeto

COLEGIO DE ABOGADOS PENALISTAS DE COLOMBIA

Bogotá, DC, a los 12 días del mes de Mayo de 2022

CONTENIDO

Gaceta número 509 - viernes 13 de mayo de 2022

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

PROYECTOS DE LEY

| | |
|--|---|
| Proyecto de ley número 461 de 2021 Cámara, por medio del cual se prohíben los ecosieg en el territorio nacional y se promueve la no discriminación por motivos de orientación sexual, identidad y expresión de género diversas en las redes de salud mental y se dictan otras disposiciones..... | 1 |
|--|---|

PONENCIAS

| | |
|---|---|
| Informe de ponencia para segundo debate proyecto de ley número 303 de 2021 Cámara, por medio de la cual se adoptan medidas para promover la inclusión educativa de la población sorda en Colombia. | 9 |
|---|---|

PROPOSICIÓN SUSTITUTIVA

| | |
|--|----|
| Proposición sustitutiva al proyecto de ley número 172 de 2020 Cámara, por el el cual se reestructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y se dictan normas sobre su organización y funcionamiento. | 14 |
|--|----|

CARTA DE COMENTARIOS

| | |
|---|----|
| Carta de comentarios colegio de abogados penalistas proyecto de ley número 441 de 2022 Cámara, 325 de 2022 Senado | 26 |
|---|----|