



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° 1418

Bogotá, D. C., viernes, 11 de noviembre de 2022

EDICIÓN DE 28 PÁGINAS

DIRECTORES:

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

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

RAMA LEGISLATIVA DEL PODER PÚBLICO

CÁMARA DE REPRESENTANTES

PROYECTOS DE LEY

PROYECTO DE LEY NÚMERO 264 DE 2022 CÁMARA

por medio de la cual “se exalta el Mapalé como una manifestación del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación, junto con las demás expresiones asociadas a este ritmo, como lo es el Festival Nacional del Mapalé y Música Folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista, en el departamento de Córdoba”.

Bogotá, D. C., 1° de noviembre de 2022

Doctor

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Secretario General

HONORABLE CÁMARA DE REPRESENTANTES

Ciudad

Referencia. Proyecto de ley número 264 de 2022 Cámara, por medio de la cual se exalta el Mapalé como una manifestación del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación, junto con las demás expresiones asociadas a este ritmo, como lo es el Festival Nacional del Mapalé y música folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista, en el departamento de Córdoba.

Cordial saludo.

En mi condición de Congresista y en cumplimiento de los artículos 150 y 154, de la Constitución Política, así como de los artículos 139, 140 y 145 de la Ley 5ª de 1992, me dispongo a radicar ante la honorable **Cámara de Representantes el presente** proyecto de ley, que tiene por objeto exaltar el Mapalé como manifestación del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación, junto con las demás expresiones asociadas a este ritmo, como lo es el Festival Nacional del Mapalé y Música Folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista en el departamento de Córdoba y demás encuentros folclóricos, como acción para su reconocimiento colectivo.

De la Congresista,

ANA PAOLA GARCÍA SOTO
Representante a la Cámara
Departamento de Córdoba
Autora

Leonor Palencia
CITEP #14. paz.

TEXTO PROPUESTO AL PROYECTO DE LEY NÚMERO 264 DE 2022 CÁMARA

por medio de la cual se exalta el Mapalé como una manifestación del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación, junto con las demás expresiones asociadas a este ritmo, como lo es el Festival Nacional del Mapalé y música folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista, en el departamento de Córdoba.

El Congreso de Colombia

DECRETA:

Artículo 1°. *Objeto.* Exáltese el Mapalé como manifestación del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación, junto con las demás expresiones asociadas a este ritmo, como lo es el Festival Nacional del Mapalé y música folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista en el departamento de Córdoba y demás encuentros folclóricos, como acción para su reconocimiento colectivo.

Los portadores de la manifestación cultural del Mapalé, con el acompañamiento de las autoridades locales y del Ministerio de Cultura, seguirán los trámites y procedimientos para desarrollar las estrategias de salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial establecido en la normatividad vigente que regula la materia, tanto a nivel legal como reglamentario.

Artículo 2°. La Gobernación del departamento de Córdoba, la Alcaldía del municipio de Buenavista y demás entes territoriales, iniciarán los procesos con las comunidades portadoras de la manifestación cultural del Mapalé, a efectos de generar procesos para el reconocimiento y protección en el ámbito de sus territorios.

De la misma manera, los portadores, la Alcaldía del municipio de Buenavista y demás entes territoriales, junto con la Gobernación del departamento de Córdoba, servirán de interlocutores con el Ministerio de Cultura para que este les permita llevar el nivel de reconocimiento y protección de la manifestación en el ámbito nacional, con la inclusión en la lista indicativa y con el Plan Especial de Salvaguarda.

Artículo 3°. Autorícese al departamento de Córdoba para que adelante las gestiones de interacción con los municipios en los que se evidencie la práctica de la manifestación cultural del Mapalé, generando estrategias que permitan fomentar la gestión y transmisión de los saberes, conocimientos y prácticas ancestrales de la música y danza del Mapalé, tales como el Festival Nacional del Mapalé y música folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista, para favorecer el relevo generacional y garantizar la permanencia de esta manifestación.

Artículo 4°. Autorícese al Gobierno nacional, al departamento de Córdoba y a los municipios que lo componen, para que, de acuerdo con los recursos que se incluyan en los respectivos presupuestos y en concordancia con el principio de autonomía presupuestal, se adelanten obras o actividades alusivas a la conmemoración de la manifestación cultural del Mapalé.

De igual forma, quedan autorizados para impulsar y apoyar ante otras entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales, la obtención de recursos económicos adicionales o complementarios a los que les autoricen apropiarse en los presupuestos locales y en el Presupuesto General de la Nación de cada vigencia fiscal, destinados al objeto que refiere la presente ley.

Las obras y/o actividades que se adelanten serán consensuadas entre los diferentes niveles de las administraciones nacional y territorial.

El Festival Nacional del Mapalé y música folclórica que se realiza en el municipio de Buenavista, Córdoba, corresponde igualmente a una manifestación de la cultura de la región y para su realización, la entidad territorial en cuestión definirá las condiciones operativas y logísticas que permitan el éxito de la festividad.

Artículo 5°. Autorícese a RTVC – Sistema de Medios Públicos – a realizar una producción de radio y una de televisión, que serán transmitidas al país por Radio Nacional de Colombia, el Canal Institucional y Señal Colombia, respectivamente, y sus plataformas digitales, sobre el Festival Nacional del Mapalé y música folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista, en el departamento de Córdoba, destacando a la vez la diversidad social, geográfica y económica de la región.

Parágrafo. Los productos audiovisuales producidos por RTVC – Sistema de Medios Públicos, sobre el festival de que trata el presente artículo, podrán ser retransmitidos por los canales públicos de televisión nacional y regional, el Canal del Congreso y las emisoras de radio de interés público, a discreción de cada uno de ellos.

Artículo 6°. *Vigencia.* La presente ley rige a partir de la fecha de su promulgación.

De la Congresista,


ANA PAOLA GARCÍA SOTO
Representante a la Cámara
Departamento de Córdoba
Autora


Leonor Palencia
CINEP #14. Paz.

TRÁMITE DEL PROYECTO

Origen: Congresual.

Autora: Representante a la Cámara por el departamento de Córdoba, Ana Paola García Soto.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Este proyecto de ley que hoy radico ante la honorable Cámara de Representantes, se realizó con el apoyo de la Corporación Festival del Mapalé y música folclórica; así como de la Secretaría de Cultura del municipio de *Buenavista, Córdoba*, en donde sus funcionarios me suministraron los insumos necesarios para la elaboración de la exposición de motivos.

Además, la realización de la mayor parte del articulado se estructuró conforme a las recomendaciones recibidas de parte del Ministerio de Cultura, en concepto allegado, en atención a una solicitud que les presenté en días pasados, con el ánimo de enriquecer el texto desde el punto de vista técnico.

1. OBJETO DEL PROYECTO

La presente iniciativa legislativa pretende exaltar el Mapalé como manifestación del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación, junto con las demás expresiones asociadas a este ritmo, como lo es el Festival Nacional del Mapalé y Música Folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista en el departamento de Córdoba y demás encuentros folclóricos, como acción para su reconocimiento colectivo.

2. FUNDAMENTOS DE DERECHO

2.1 Constitución Política

Artículo 7°. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.

Artículo 8°. Es obligación del Estado y de las personas proteger las riquezas culturales y naturales de la Nación.

Artículo 70. El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional.

La cultura en sus diversas manifestaciones es fundamento de la nacionalidad. El Estado reconoce la igualdad y dignidad de todas las que conviven en el país. El Estado promoverá la investigación, la ciencia, el desarrollo y la difusión de los valores culturales de la Nación.

Artículo 71. La búsqueda del conocimiento y la expresión artística son libres. Los planes de desarrollo económico y social incluirán el fomento a las ciencias y, en general, a la cultura. El Estado creará incentivos para personas e instituciones que desarrollen y fomenten la ciencia y la tecnología y las demás manifestaciones culturales y ofrecerá estímulos especiales a personas e instituciones que ejerzan estas actividades.

Artículo 72. El patrimonio cultural de la Nación está bajo la protección del Estado. El patrimonio arqueológico y otros bienes culturales que conforman

la identidad nacional, pertenecen a la Nación y son inalienables, inembargables e imprescriptibles. La ley establecerá los mecanismos para readquirirlos cuando se encuentren en manos de particulares y reglamentará los derechos especiales que pudieran tener los grupos étnicos asentados en territorios de riqueza arqueológica.

Artículo 334. La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir en el plano nacional y territorial, en un marco de sostenibilidad fiscal, el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano. Dicho marco de sostenibilidad fiscal deberá fungir como instrumento para alcanzar de manera progresiva los objetivos del Estado Social de Derecho. En cualquier caso, el gasto público social será prioritario.

El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar, de manera progresiva, que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo al conjunto de los bienes y servicios básicos. También para promover la productividad y competitividad y el desarrollo armónico de las regiones.

La sostenibilidad fiscal debe orientar a las Ramas y Órganos del Poder Público, dentro de sus competencias, en un marco de colaboración armónica.

El Procurador General de la Nación o uno de los ministros del Gobierno, una vez proferida la sentencia por cualquiera de las máximas corporaciones judiciales, podrán solicitar la apertura de un incidente de impacto fiscal, cuyo trámite será obligatorio. Se oirán las explicaciones de los proponentes sobre las consecuencias de la sentencia en las finanzas públicas, así como el plan concreto para su cumplimiento y se decidirá si procede modular, modificar o diferir los efectos de la misma, con el objeto de evitar alteraciones serias de la sostenibilidad fiscal. En ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales.

Parágrafo. Al interpretar el presente artículo, bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar los derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva.

Artículo 341. El Gobierno elaborará el Plan Nacional de Desarrollo con participación activa de las autoridades de planeación, de las entidades territoriales y del Consejo Superior de la Judicatura y someterá el proyecto correspondiente al concepto del Consejo Nacional de Planeación; oída la opinión del Consejo procederá a efectuar las enmiendas que considere pertinentes y presentará el proyecto a consideración del Congreso, dentro de los seis meses siguientes a la iniciación del período presidencial respectivo.

Con fundamento en el informe que elaboren las comisiones conjuntas de asuntos económicos, cada corporación discutirá y evaluará el plan en sesión plenaria. Los desacuerdos con el contenido de la parte general, si los hubiere, no serán obstáculo para que el Gobierno ejecute las políticas propuestas en lo que sea de su competencia. No obstante, cuando el Gobierno decida modificar la parte general del plan, deberá seguir el procedimiento indicado en el artículo siguiente.

El Plan Nacional de Inversiones se expedirá mediante una ley que tendrá prelación sobre las demás leyes; en consecuencia, sus mandatos constituirán mecanismos idóneos para su ejecución y suplirán los existentes sin necesidad de la expedición de leyes posteriores, con todo, en las leyes anuales de presupuesto se podrán aumentar o disminuir las partidas y recursos aprobados en la ley del plan. Si el Congreso no aprueba el Plan Nacional de Inversiones Públicas en un término de tres meses después de presentado, el Gobierno podrá ponerlo en vigencia mediante decreto con fuerza de ley.

El Congreso podrá modificar el Plan de Inversiones Públicas siempre y cuando se mantenga el equilibrio financiero. Cualquier incremento en las autorizaciones de endeudamiento solicitadas en el proyecto gubernamental o inclusión de proyectos de inversión no contemplados en el, requerirá el visto bueno del Gobierno nacional.

Artículo 345. En tiempo de paz no se podrá percibir contribución o impuesto que no figure en el presupuesto de rentas, ni hacer erogación con cargo al Tesoro que no se halle incluida en el de gastos.

Tampoco podrá hacerse ningún gasto público que no haya sido decretado por el Congreso, por las asambleas departamentales, o por los concejos distritales o municipales, ni transferir crédito alguno a objeto no previsto en el respectivo presupuesto.

Artículo 346. El Gobierno formulará anualmente el presupuesto de rentas y ley de apropiaciones, que será presentado al Congreso dentro de los primeros diez días de cada legislatura. El presupuesto de rentas y ley de apropiaciones deberá elaborarse, presentarse y aprobarse dentro de un marco de sostenibilidad fiscal y corresponder al Plan Nacional de Desarrollo.

En la Ley de Apropiaciones no podrá incluirse partida alguna que no corresponda a un crédito judicialmente reconocido, o a un gasto decretado conforme a ley anterior, o a uno propuesto por el Gobierno para atender debidamente el funcionamiento de las ramas del poder público, o al servicio de la deuda, o destinado a dar cumplimiento al Plan Nacional de Desarrollo.

Las comisiones de asuntos económicos de las dos cámaras deliberarán en forma conjunta para dar primer debate al proyecto de Presupuesto de Rentas y Ley de Apropiaciones.

2.2 Leyes

Ley 397 de 1997. Por la cual se desarrollan los artículos 70, 71 y 72 y demás artículos concordantes de la Constitución Política y se dictan normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura, se crea el Ministerio de la Cultura y se trasladan algunas dependencias.

Ley 819 de 2003. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones.

Ley 1185 de 2008. Por la cual se modifica y adiciona la Ley 397 de 1997 - Ley General de Cultura- y se dictan otras disposiciones.

Ley 1801 de 2016. Por la cual se expide el código Nacional de Policía y Convivencia. Se establecen disposiciones para la protección de los bienes del patrimonio cultural.

2.3 Decretos

Decreto número 1313 de 2008. Por el cual se reglamenta el artículo 7° de la Ley 397 de 1997, modificado por el artículo 4° de la Ley 1185 de 2008, relativo al Consejo Nacional de Patrimonio Cultural.

Decreto número 2941 de 2009. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 397 de 1997 modificada

por la Ley 1185 de 2008, en lo correspondiente al Patrimonio Cultural de la Nación de naturaleza inmaterial.

Decreto número 1080 de 2015. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura.

Decreto número 2358 de 2019. Por el cual se modifica y adiciona el Decreto número 1080 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Cultura, en lo relacionado con el Patrimonio Cultural, Material e Inmaterial. Reglamenta el objeto, integración, definiciones, fomento y titularidad del patrimonio cultural inmaterial y establece el procedimiento de inclusión a la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial.

3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

3.1 El Patrimonio Cultural

La Unesco (2021) define el patrimonio como “*el legado cultural que recibimos del pasado, que vivimos en el presente y que transmitiremos a las generaciones futuras*”, los cuales sin duda atraen el turismo e inspiran la creatividad e innovación en los pueblos de hoy. Estos legados pueden ser tangibles, intangibles y naturales; de tipo material o conformado por expresiones vivas heredadas y de gran valor, a las que se les ha dado un considerable **significado y sentido**, que se han convertido en factores determinantes para mantener la cohesión social, el respeto por la diversidad cultural, permitiendo la inclusión social con enfoque diferencial.

En Colombia, por su parte, la Ley 1185 de 2008, determina que el patrimonio cultural de la Nación:

“...*está constituido por todos los bienes materiales, las manifestaciones inmateriales, los productos y las representaciones de la cultura que son expresión de la nacionalidad colombiana, tales como la lengua castellana, las lenguas y dialectos de las comunidades indígenas, negras y creoles, la tradición, el conocimiento ancestral, el paisaje cultural, las costumbres y los hábitos, así como los bienes materiales de naturaleza mueble e inmueble a los que se les atribuye, entre otros, especial interés histórico, artístico, científico, estético o simbólico en ámbitos como el plástico, arquitectónico, urbano, arqueológico, lingüístico, sonoro, musical, audiovisual, fílmico, testimonial, documental, literario, bibliográfico, museológico o antropológico*” (Congreso de la República, 2008).

Es decir, del patrimonio cultural de la Nación hacen parte tanto bienes materiales como manifestaciones inmateriales a las que se les ha atribuido un significado representativo a partir de procesos sociales y culturales de años, o incluso de cultura presente, siempre que generen procesos de identidad en las comunidades. Los primeros se declaran como bienes de interés cultural, mientras que, las segundas deben ser incluidas en la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial (LRPCI) conforme a unos criterios de valoración y al cumplimiento de unos requisitos. En Colombia ambas declaraciones se hacen a través de acto administrativo, por medio del cual se decide que esos bienes o manifestaciones quedan cobijadas por el Régimen Especial de Protección o de salvaguardia de que trata la Ley 397 de 1997, con sus modificaciones, adiciones y reglamentaciones.

Ahora bien, en el caso de este proyecto de ley, se busca reconocer el Mapalé y el Festival Nacional del Mapalé y música folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista, en el departamento de Córdoba, como manifestaciones del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación, autorizándose al Ministerio de Cultura para asesorar el proceso de postulación a la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial y el posterior desarrollo del Plan Especial para su Salvaguardia. En consecuencia,

solo se refiere a la modalidad del patrimonio cultural inmaterial, el cual es definido por el artículo 2.5.1.2. del Decreto número 2358 de 2019, que modificó el Decreto número 1080 de 2015, como:

“El patrimonio cultural inmaterial está integrado por los usos, prácticas, representaciones, expresiones, conocimientos y técnicas, junto con los instrumentos, objetos, artefactos, espacios culturales y naturales que les son inherentes, así como por las tradiciones y expresiones orales, incluidas las lenguas, artes del espectáculo, usos sociales, rituales y actos festivos, conocimientos y usos relacionados con la naturaleza y el universo, técnicas artesanales, que las comunidades, los grupos y en algunos casos los individuos reconozcan como parte de su patrimonio cultural. El patrimonio cultural inmaterial incluye a las personas que son creadoras o portadoras de las manifestaciones que lo integran”.

Sin embargo, para que las manifestaciones logren ser incluidas allí, requieren seguir una serie de pasos, en donde es indispensable el acompañamiento del Ministerio de Cultura para que preste su guía técnica en la postulación que se debe hacer ante el Consejo de Patrimonio y la elaboración del Plan Especial de Salvaguardia (PES), requisito sine qua non a la hora de postularse. Posterior a ello, se presenta el PES ante el Consejo de Patrimonio Cultural; luego la autoridad nacional o las autoridades territoriales, indígenas o de los consejos comunitarios de las comunidades afrodescendientes, según sus competencias, expide el acto administrativo de inclusión en la lista; y finalmente es cuando se pone en marcha y se consolida el PES (Min. Cultura, sf).

Así las cosas, de llegarse a convertir en ley esta iniciativa, se le estaría dando el reconocimiento de la riqueza y potencial a estas manifestaciones culturales, para abrirles la primera puerta, promover el interés sobre ellas, que sean identificadas para que logren ser postuladas, ya sea por el Congreso mismo, otras entidades estatales, grupos sociales, colectividades o comunidades, personas naturales o jurídicas (Resolución número 0330 de 2010 del Ministerio de Cultura), a la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial, la cual es definida como “*un registro de información y un instrumento concertado entre las instancias públicas competentes y las comunidades involucradas, dirigido a aplicar planes especiales de salvaguardia a las manifestaciones que ingresen en dicha lista*” (Min. Cultura, sf).

En este proyecto se hacen autorizaciones para que la Nación, el departamento de Córdoba y el municipio de Buenavista, dentro de los lineamientos del Marco Fiscal de Mediano plazo, asignen recursos presupuestales para el fomento y la protección de las muestras culturales del Mapalé y el Festival Nacional del Mapalé y música folclórica como parte del Plan de Salvaguardia que desarrollará el Ministerio de Cultura y que permitirá la financiación de proyectos en pro de su conservación y recuperación. Permitiendo, además, la gestión de recursos económicos adicionales o complementarios ante otras entidades públicas o privadas, nacionales o internacionales. Asimismo, se autoriza a la Nación para incorporar partidas presupuestales para la realización de ciertas obras de utilidad pública de interés social, histórico, material y audiovisual en el municipio de Buenavista, que traten sobre el objeto de la ley.

3.1.1. El patrimonio cultural inmaterial en Colombia

En Colombia existe la Lista Representativa de Patrimonio Cultural Inmaterial que contiene las manifestaciones declaradas en el ámbito nacional, y las declaradas como de la humanidad, quedando cobijadas por el Régimen Especial de Salvaguardia,

protección, sostenibilidad, divulgación y estímulo para las manifestaciones incluidas en ellas, contemplado en la Ley 397 de 1997, modificada y adicionada por la Ley 1185 de 2008; existiendo a demás Listas Representativas de Patrimonio Cultural Inmaterial departamentales, municipales y distritales, que incluyen las manifestaciones según el ámbito territorial al que estas correspondan.

Dicho Régimen Especial garantiza la salvaguardia de las manifestaciones y expresiones culturales a través de un conjunto de medidas, planes e instrumentos que promueven no solo su sostenibilidad, sino la del propio Sistema Nacional de Patrimonio Cultural de la Nación, por cuanto son apropiadas por la comunidad cuando se promueve un especial interés en ellas, al ser expresiones inmateriales que le son propias y con las que se identifican (Mejía, sf).

Las manifestaciones que se han incluido en la LRPCI se enuncian a continuación (Min. Cultura, sf):

LRPCI de la Humanidad, declarada por la Unesco

- Espacio Cultural de San Basilio de Palenque
- Declarada Carnaval de Barranquilla
- Procesiones de Semana Santa de Popayán
- El sistema normativo de los wayuu aplicado por el pütchipuiui
- Carnaval de Negros y Blancos de Pasto
- Los conocimientos tradicionales (Jaguars de Yuruparí) para el Manejo del Mundo de los grupos indígenas del río Pira Paraná
- Músicas de marimba y cantos tradicionales del Pacífico Sur Colombiano
- Fiesta de San Francisco de Asís en Quibdó
- La música vallenata tradicional del Caribe colombiano
- Cantos de Trabajo de Llano
- Los conocimientos y técnicas tradicionales asociadas con el Barniz de Pasto Mopa-Mopa

LRPCI de la Nación

- Bëtsnaté o Día Grande de la tradición Camëntsá
- Cuadrillas de San Martín
- Carnaval de Riosucio
- Cuadros Vivos de Galeras
- Cultura Sillettera del territorio de Santa Elena
- El Proceso de Formar y Vivir como Nukak Baka (Gente Buena)
- Encuentro de Bandas Musicales de Paipa
- Gualíes, alabaos y levantamientos de tumba, ritos mortuorios de las comunidades afro del Medio San Juan del Pacífico Colombiano
- Sistema de conocimiento ancestral de los pueblos Arhuaco Kankuamo Kogui y Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta
- Tradición de Celebrar a los Ahijados con Macetas de Alfeñique
- Saberes asociados a la partería afro del Pacífico
- Semana Santa de Ciénaga de Oro

3.1.2. Protección del patrimonio cultural a nivel mundial

Son varios los instrumentos internacionales que salvaguardan el patrimonio cultural, a continuación, se mencionan los más representativos que han sido ratificados por Colombia, comprometiéndose el Estado a formular e implementar políticas públicas específicas para dicho patrimonio.

- *Convención sobre la protección del patrimonio mundial, cultural y natural (Unesco, 1972, ratificado por la Ley 45 de 1983.*

En ella se determina qué se debe considerar como patrimonio cultural y natural, teniendo cada uno de los Estados partes la obligación de identificarlos, protegerlos, conservarlos, rehabilitarlos y transmitirlos a las generaciones futuras; procurando adoptar políticas, a instituir en su protección, conservación y revalorización; y adoptando medidas jurídicas, científicas, técnicas, administrativas y financieras, entre otras. Asimismo, creó en la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura un Comité intergubernamental de protección del patrimonio cultural y natural. Se creó un Fondo para la Protección del Patrimonio Cultural y Natural Mundial.

- *Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Inmaterial (Unesco, 2003), ratificado por la Ley 1037 de 2006.*

Lo dispuesto por este instrumento debe ser respetado al momento de realizar inclusiones en la LRPCI y en los procesos de salvaguardia, pues su finalidad es la salvaguardia y el respeto del patrimonio cultural inmaterial y la sensibilización local, nacional e internacional de la importancia del patrimonio cultural inmaterial.

Define qué se entiende por “*patrimonio cultural inmaterial*”, cómo se manifiesta, cuáles son las funciones de los Estados parte, las medidas de salvaguardia. Establece las listas representativas del patrimonio cultural, los programas, proyectos y actividades como medidas de salvaguardia.

3.2 Descripción del municipio de Buenavista Córdoba

Este ente territorial, que se encuentra ubicado en el departamento de Córdoba, en el Valle del Río San Jorge, a 76 kilómetros de Montería aproximadamente, fue creado en el año 1969 a través de la ordenanza 010 de noviembre 13 del mismo año. Está dividido políticamente en 15 barrios del área urbana y tiene 9 corregimientos en el área rural (CMGRD, 2012).

Buenavista cuenta con una población de 22.953 habitantes (DANE, proyección a 2020), que pertenecen en un 90% al estrato 1 o menos; y se dedican principalmente a las actividades propias del sector primario de la economía, con gran influencia de la ganadería, y con una menor práctica de actividades agrícolas y pesqueras. El municipio cuenta con una cobertura urbana de energía y acueducto total, con una prestación de buena calidad (CMGRD, 2012).

Dentro sus expresiones culturales se destaca el Mapalé como ritmo típico que inspiró el Festival Nacional del Mapalé y música folclórica que se celebra anualmente, evento que se ha convertido en un referente cultural del municipio de Buenavista.

3.2.1 El Festival Nacional del Mapalé y música folclórica que se celebra en el municipio de Buenavista Córdoba

La danza del Mapalé es una expresión afrocolombiana que se expresa como un rito a la libertad de los esclavos, para quienes los sonidos del tambor desencadenaban la huida; “*el conjunto o ensamble musical consta de tambor alegre, tambor llamador, guache o maracas y tambora*” (Quinche, 2020). Tiene su origen influenciado por cuanta de la mezcla de culturas entre la africana que migró a los territorios caribeños y la indígena propia de la región (Melendres, 2018).

Según Tomás Carrasquilla (1926) (como se citó en Londoño, 2016), en Colombia esta danza se bailaba ya a mediados del siglo XVIII, y en su novela *La Marquesa*

de *Yolombó* describe los pasos y el lenguaje corporal de cada bailarín, sobresaliendo el meneo de caderas entre las parejas y el zarandeo que los hace temblar y jadear, calificando el baile como ¡delicioso!

Sin duda, esta es una de las expresiones culturales más representativas de Colombia, tanto es así que, junto con ocho ritmos colombianos más, en el año 2018 fue declarado Patrimonio de América por la Organización de Estados Americanos, debido a su riqueza cultural y rítmica, coadyuvando en la consolidación del país como destino turístico musical (ProColombia, 2018).

Escritores como Óscar Melendres (2018), hacen un recuento de las versiones que hay en torno a la llegada de la danza a Córdoba, una de ellas relata que muchos esclavos africanos se fugaban en un punto conocido como Tierra Santa, hoy corregimiento del municipio de Buenavista, y se dispersaban por toda la actual región del San Jorge, quienes llevaron consigo sus expresiones culturales. De aquí que el mapalé sea tan importante para los cordobeses y en especial para los buenavisteros, y cada primer fin de semana del mes de noviembre se celebre el Festival Nacional del Mapalé y Música Folclórica en esta subregión.

Dicho Festival se realiza en el municipio de Buenavista Córdoba desde el 24 de abril de 1993, impulsado por los integrantes del grupo cultural juvenil Bacutano. Es un encuentro de culturas y de saberes, considerado uno de los festivales más autóctonos del departamento y de gran relevancia a nivel nacional. Se ha convertido en un escenario de proyección para que diferentes artistas como: directores, danzantes, músicos, coreógrafos y bailarines; tanto nacionales como internacionales, puedan mostrar sus creaciones (Melendres, 2018).

Hasta el momento, se han realizado 22 versiones, la mayoría en la Plaza del barrio San José. Durante la celebración del Festival se desarrollan varios concursos a saber: el *Desfile de Comparsas*, en donde las delegaciones se acercan al público que acude a las calles a apreciar la creatividad de cada una; el concurso de *música folclórica*, en el que participan los grupos musicales que acompañan a los grupos de danza; concurso de *danza folclórica colombiana diferente a Mapalé*, que se hace para mostrar a quienes acuden al Festival que Colombia es un país de diversidad dancística; y el concurso de la *danza de Mapalé*, el más representativo, donde los participantes muestran sus espectaculares montajes (Melendres, 2018).

Estas festividades proyectan la imagen positiva de Buenavista y son de sustancial importancia para quienes habitan y visitan el municipio, por cuanto genera la convergencia social y familiar, permite que los jóvenes exploren sus talentos y aptitudes culturales, genera sentido de pertenencia, atrae el turismo que quiere ver cómo se exaltan las manifestaciones de la población afrodescendiente y la diversidad dancística de Colombia. De igual forma, es muy importante para las delegaciones que año tras año se piden un espacio de participación para mostrarse, porque lo consideran una vitrina de proyección que valora su vocación, los dignifica y les otorga un reconocimiento a los artistas; que luego se convierten embajadoras del Festival (Melendres, 2018).

Con el pasar de los años se ha contado con la participación de delegaciones de diferentes partes del país y extranjeras, lo que ha permitido, en medio del intercambio artístico, conocer, compartir y divulgar el folclore, mostrando las diferentes representaciones que se hacen del Mapalé, de acuerdo a los arraigos del lugar en donde se practique, enriqueciéndose aún más los saberes de esta a tradición y arte. Además de evidenciarse que es una danza no solo de “negros”, pues los participantes han

sido de diferentes grupos poblacionales, permitiendo esto la transformación de mentalidades (Melendres, 2018).

Bibliografía

Congreso de la República. (2008). Ley 397 de 1997, *por la cual se desarrollan los artículos 70, 71 y 72 y demás artículos concordantes de la Constitución Política y se dictan normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura, se crea el Ministerio de la Cultura y se trasladan algunas dependencias*. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0397_1997.html

Consejo Municipal para la Gestión del Riesgo de Desastres - CMGRD. (2012). *Plan Municipal para la Gestión del Riesgo de Desastres PMGRD*. Recuperado de: <https://repositorio.gestiondelriesgo.gov.co/bitstream/handle/20.500.11762/396/PMGR%20Buenavista%20Cordoba.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. (2020). *Proyecciones de Población Municipales por Área - Proyección a 2020*. Recuperado de: https://web.archive.org/web/20150923230319/http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/ProyeccionMunicipios2005_2020.xls

Londoño, A. (2016). *El cuento de la danza*. Recuperado de: https://issuu.com/geavirtual/docs/el_cuento_de_la_danza-libro_en_pdf/85

Mejía, J. (Sin fecha). *Política para la gestión, protección y salvaguardia del patrimonio cultural*. Recuperado de: https://www.mincultura.gov.co/ministerio/politicas-culturales/gestion-proteccion-salvaguardia/Documents/02_politica_gestion_proteccion_salvaguardia_patrimonio_cultural.pdf

Melendres, O. (2018). *Buenavista Canta y Baila Mapalé, 20 años de Festival*. 1era Edición. Publicado con el apoyo de Ministerio de Cultura de Colombia, Programa Nacional de Concertación de Cultura.

Ministerio de Cultura de Colombia. (Sin fecha). *Pasos para incluir una manifestación en la LRPCI*. Recuperado de:

<http://patrimonio.mincultura.gov.co/legislacion/Paginas/LRPCI.aspx>

Quinche, K. (2020). *Mapalé danza africana apropiada por afrocolombianos*. Agencia Nacional de Noticias, Universidad Central. Recuperado de: <https://acn.ucentral.co/actualidades/4276-mapale-danza-africana-apropiada-por-afrocolombianos>

ProColombia. (2018). *Colombia celebra con ‘sabrosura’ declaración de la OEA de 9 ritmos nacionales como patrimonio de las Américas* [Página Web]. Recuperado de: <https://procolombia.co/noticias/colombia-celebra-con-sabrosura-declaracion-de-la-oea-de-9-ritmos-nacionales-como-patrimonio-de-las>

Unesco. (2021). *Patrimonio Cultural* [Página Web]. Recuperado de: <https://es.unesco.org/fieldoffice/santiago/cultura/patrimonio>

ANÁLISIS DEL IMPACTO FISCAL

El artículo 7º de la Ley 819 de 2003, *por la cual se dictan normas orgánicas en materia de presupuesto, responsabilidad y transparencia fiscal y se dictan otras disposiciones*, determina que en la exposición de motivos y en las ponencias de los proyectos de ley se debe hacer explícito los costos fiscales que se generan por el gasto ordenado o por el otorgamiento de beneficios tributarios, teniendo que ser compatible con el Marco Fiscal de Mediano Plazo y estableciendo a la vez la fuente de financiación de dicho costo.

Ahora bien, en cumplimiento a la disposición referida, se deja de manifiesto que, el gasto de que tratan algunos

artículos, no se impone u ordena, sino que se autoriza, para que los entes territoriales y el Gobierno incorporen dentro del Presupuesto General de la Nación y/o impulsen a través del sistema nacional de cofinanciación las apropiaciones requeridas para dar cumplimiento a lo allí estipulado.

La Corte Constitucional le ha reconocido al Congreso de la República la facultad que tiene para aprobar proyectos de ley que comporten gasto público, siempre y cuando no se imponga su ejecución, sino que se faculte al Gobierno para incluir las partidas correspondientes en el Presupuesto General de la Nación, en los siguientes términos:

“La jurisprudencia ha indicado que tanto el Congreso de la República como el Gobierno nacional poseen iniciativa en materia de gasto público. El Congreso está facultado para presentar proyectos que comporten gasto público, pero la inclusión de las partidas presupuestales en el presupuesto de gastos es facultad exclusiva del Gobierno. También ha indicado que el legislador puede autorizar al Gobierno nacional para realizar obras en las entidades territoriales, siempre y cuando en las normas respectivas se establezca que el desembolso procede a través del sistema de cofinanciación¹”.

Además, téngase en cuenta que, para el Alto Tribunal², el análisis del impacto fiscal de las normas, en el cuerpo del proyecto de ley, no es requisito sine qua non para su trámite legislativo, ni debe ser una barrera para que el congreso ejerza sus funciones, ni crea un poder de veto legislativo en cabeza del Ministro de Hacienda; es más, hacer el análisis del impacto fiscal no recae únicamente en el legislador, sobre este punto consideró que:

“... El cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7° de la Ley 819 de 2003 corresponde al congreso, pero principalmente al Ministro de Hacienda y Crédito Público, en tanto que “es el que cuenta con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica. Por lo tanto, en el caso de que los congresistas tramiten un proyecto incorporando estimativos erróneos sobre el impacto fiscal, sobre la manera de atender esos nuevos gastos o sobre la compatibilidad del proyecto con el marco fiscal de mediano plazo, le corresponde al Ministro de Hacienda intervenir en el proceso legislativo para ilustrar al Congreso acerca de las consecuencias económicas del proyecto”³ (SUBRAYADO FUERA DE TEXTO).

Lo anterior significa que, en cualquier momento del trámite legislativo, el Ministro de Hacienda y Crédito Público podrá ilustrarle a este congreso las consecuencias económicas del presente proyecto de ley, ya sea de manera oficiosa o a petición; toda vez que, de acuerdo con el proceso de racionalidad legislativa, la carga principal del análisis de impacto fiscal reposa en esta cartera por contar con los datos, los equipos de funcionarios y la experticia en materia económica; esto sin desconocer que el trámite

del proyecto no se viciaría si no se llegase a contar con tal pronunciamiento por parte de hacienda⁴.

RELACIÓN DE POSIBLES CONFLICTOS DE INTERÉS

El artículo 3° de la Ley 2003 del 19 de noviembre de 2019, que modifica el artículo 291 de la Ley 5ª de 1992, impone a los autores y ponentes la obligación de presentar en el cuerpo de la exposición de motivos de los proyectos de ley, un acápite que describa las circunstancias o eventos que podrían generar conflicto de interés para los congresistas en el marco de la discusión y votación de los mismos.

Así las cosas, dándole cumplimiento a la ley, en mi calidad de autora del presente proyecto, manifiesto que, no genera conflictos de interés a los congresistas que participen en su discusión y votación, por ser de interés general, común a todos en igualdad de condiciones, que puede coincidir y fusionarse con los intereses del electorado; es decir, no se materializa una situación concreta que resulte en un beneficio particular. Tampoco hay un beneficio actual que se configure en circunstancias presentes. Y mucho menos existe un beneficio directo que se pueda producir de forma específica respecto de los congresistas, de sus cónyuges, compañeros o compañeras permanentes, o parientes dentro del segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil.

Sobre el particular, para el Consejo de Estado:

“No cualquier interés configura la causal de desinvertidura en comento, pues se sabe que sólo lo será aquél del que se pueda predicar, que es directo, esto es, que per se 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 concurra 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”⁵ (SUBRAYADO FUERA DE TEXTO).

Aun dadas las anteriores aclaraciones, se recuerda que los conflictos de interés son personales y le corresponde a cada congresista evaluarlos, lo que significa que, si algún congresista considera estar inmerso en una causal por la cual deba declararse impedido, está en todo su derecho de ponerla a consideración.

De la Congresista,



¹ Corte Constitucional. Sentencia C - 411 de 2009. Magistrado Ponente: Juan Carlos Henao Pérez. Recuperada de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2009/C-441-09.htm>

² Corte Constitucional. Sentencia C-507 de 2008. Magistrado Ponente: Jaime Córdoba Triviño. Recuperada de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/C-507-08.htm>

³ Corte Constitucional. Sentencia C-866 de 2010. Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Recuperada de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2010/C-866-10.htm>

⁴ Corte Constitucional. Sentencia C-502 de 2007. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa. Recuperada de: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/c-502-07.htm>

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, sentencia de 10 de noviembre de 2009, radicado número FI. 01180-00 (Concejera Ponente: Martha Teresa Briceño de Valencia).

PROYECTO DE LEY NÚMERO 265 DE 2019 CÁMARA

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

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. OBJETIVO DEL PROYECTO

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

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

ANTECEDENTES

Resumen histórico:

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

Se plantearon los siguientes factores críticos del SSFM:

1. Estructura organizacional inadecuada
2. Deficiencia de un modelo de atención en salud para el SSFM
3. Coberturas e indicadores de salud deficientes
4. Rol y desempeño del Hospital Militar Central
5. Ineficiencias operacionales en la prestación de servicios
6. Tendencia a un desequilibrio financiero para el aseguramiento del plan de beneficios
7. Ausencia de un Sistema de Información de Sanidad Militar.

Se plantearon las siguientes líneas estratégicas:

1. Presentación de un proyecto de ley para el SSMP (transformación del SSMP)
2. Saneamiento de las finanzas del sector (solución del déficit)
3. Implementación de planes y programas para el mejoramiento de los servicios de salud

4. Desarrollo e implementación del Sistema de Información de Sanidad Militar.

Proyecto de ley propuesto por la Consultoría Ernest & Young

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

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

- Su estructura organizacional deberá tener verticalidad; integralidad al subsistema del Homic; unidad de mando y control; autonomía y administración de los recursos por un solo ente asegurador y la prestación de los servicios; ejecutarse de conformidad a las necesidades de los usuarios y a su caracterización en forma descentralizada, garantizando su sostenibilidad financiera, eficiencia operacional y efectividad con el cumplimiento de los criterios de la calidad en salud.

- Una única dirección de aseguramiento y salud para las Fuerzas Militares con dependencia directa del Comando General de las FF. MM., de forma vertical sin direcciones de sanidad de las fuerzas e incorporación del Hospital Militar Central a esa dirección.

- La estructura propuesta implica las siguientes condiciones de gobernabilidad y capacidad de gestión que aseguran la operatividad del subsistema de salud con las siguientes capacidades:

- Dependencia directa de las fuerzas (Comando General de las FF. MM.) y unicidad de mando del subsistema.

- Unidades organizativas diseñadas para garantizar la operación de un modelo asegurador y de atención que cumpla con las normas y estándares de calidad y excelencia de un sistema de salud tanto a nivel nacional como internacional.

- Conduce a la transformación del Homic como establecimiento público a su incorporación como una unidad ejecutora especial dentro de Dirección de Sanidad y aseguramiento de la salud de las Fuerzas Militares, la reestructuración de las direcciones de sanidad, la unificación de todos los establecimientos de sanidad militar (SM) en unidades de servicios de salud y la administración vertical de los recursos.

El proyecto anteriormente descrito se conoce como PTES (Plan de Transformación Estratégica de la Salud) y se socializó con los usuarios en el mes de junio de 2015; sin embargo, por diferencias internas entre los Comandantes de Fuerza, el proyecto se engavetó.

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

En octubre del 2018, en el marco del III Foro de Veedurías de la Salud Militar y de Policía, la Red Nacional de Veedurías Salud Militar y Policía; la Asociación de Usuarios del Dispensario Médico de Medellín (Milsaludmed); y las cooperativas Coomiran, Coomitan y contando con presencia de un representante de Acore Antioquia, en la ciudad de Medellín se socializó el proyecto con participación de representantes de 12

departamentos, 14 veedurías regionales, departamentales y locales y otras organizaciones gremiales de Medellín y Bogotá.

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

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

Situación actual

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

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

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

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

Debilidades del subsistema de salud de las FF. AA.

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

- Limitaciones de las fuentes de financiamiento del sector para la cobertura presupuestal necesaria para el aseguramiento, especialmente de las enfermedades de alto costo, huérfanas y catastróficas.

- Frecuencias de uso de los servicios demasiado elevadas.

- Porcentaje de ausentismo en la consulta externa entre el 15 % - 20%

- Limitaciones en la integración funcional, referencia y contrarreferencia y en el fortalecimiento de los niveles básicos de salud.

- Cambio del modelo de prestación de servicios.

- Ahora bien, el sistema se ve enfrentado a otro panorama global como es la pandemia del COVID-19, en este contexto se extrema la necesidad de fortalecer y estructurar un sistema eficiente que presente una atención de calidad y oportuna para los usuarios del servicio, a la vez que presenta una urgencia por el impacto que puede ocasionar en la seguridad nacional al punto de que los miembros de la Fuerza Pública deben ser atendidos óptimamente y directamente en sus regiones.

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

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

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

B. El mando, dirección y control del Sistema de Salud Militar y de Policía, debe estar siempre en manos de las Fuerzas Militares y de Policía, de tal manera que excluir a los mandos militares del Consejo Superior, máximo organismo de dirección donde se fijan las políticas en materia del modelo de atención y beneficios e incluir mayorías de funcionarios públicos civiles, se rechaza totalmente.

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

a aspirar a cualquier usuario, estableciendo requisitos académicos, títulos o grados, viola la Constitución.

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

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

II. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

Por su parte, el artículo 49 establece la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado, destacando que los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Asimismo, garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, señalando que estas tienen el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Adicionalmente dentro del desarrollo constitucional se ha señalado que la salud es un derecho que tiene carácter fundamental, facultando así a las personas de recursos para velar por su respeto y debido acceso a la salud.

El Régimen Especial para las Fuerzas Militares es introducido por el Decreto ley 1214 de 1990 (Ley 352 de 1997) “*Otorgando al Gobierno nacional facultades para reglamentar la organización estructural, los niveles de atención médica y grados de complejidad, la organización funcional, el régimen que influye normas científicas y administrativas y el régimen de prestación de servicios de salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía*”, además de esto, el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional se rige por la Ley 352 de 1997 complementado por el Decreto ley 1795 de

2000, por el cual se estructura el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. Considerando lo anterior, el derecho fundamental a la Salud concierne a la totalidad de la población sin importar distinción, por esto el régimen mencionado debe disponer de todas las potestades adquiridas para los servicios de salud a lo largo del país. Así, el Estado cuenta con el deber de ser el órgano líder en la estructuración de las instituciones, políticas y servicios que componen el Régimen Especial en Salud de las Fuerzas Militares.

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

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

Si bien el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y la Policía Nacional cuenta con la caracterización y organización conceptual para prestar los servicios de atención, promoción, prevención y rehabilitación médica, los resultados y la finalidad del Sistema no han sido los esperados comenzando a evidenciar a la luz pública graves problemas de disponibilidad, organización, cubrimiento y atención oportuna. Según los informes de la Contraloría General de la República, se encuentran dentro del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares “*Deficiencias de planeación, seguimiento y control, en la regulación del sistema de referencia y contrarreferencia para la atención médica de los usuarios, causando ineficiencias en la utilización de los recursos físicos, humanos, tecnológicos y financieros destinados para la atención de la población del SSFM*”.

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

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

Al comparar los Subsistemas de Salud (Militar y Policial) dentro de su estructura funcional, objetivos y resultados se encuentran grandes diferencias en

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

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

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

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

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

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

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

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

Entidades	2017		2018		Variación %
	N.º tutelas	Part. %	N.º tutelas	Part. %	
Medimás/Cafesalud	39.679	20,04	24.731	11,89	-37,67
Coomeva	19.848	10,03	22.894	11,01	15,35
Nueva EPS	19.650	9,93	22.457	10,80	14,28
Savia Salud/Alianza Medellín	16.041	8,10	20.984	10,09	30,81
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	8.047	4,06	9.028	4,34	12,19
Salud Total	10.052	5,08	8.695	4,18	-13,50
Comparta	5.989	3,03	7.563	3,64	26,28
Fuerzas militares y de policía	5.352	2,70	7.291	3,51	36,23
Emssanar	5.781	2,92	7.250	3,49	25,41
Coosalud EPS	4.701	2,37	5.531	2,66	17,66
Saludvida	5.705	2,88	5.464	2,63	-4,22
Servicio Occidental de Salud S.O.S	4.730	2,39	5.362	2,58	13,36
Inpec/Uspec/Penitenciarias	3.344	1,69	4.505	2,17	34,72
Sura EPS	3.776	1,91	4.194	2,02	11,07
Secretarías de salud/Direcciones de salud	3.764	1,90	3.715	1,79	-1,30
Sánitas	3.181	1,61	3.625	1,74	13,96
Capital Salud EPS	3.223	1,63	3.143	1,51	-2,48
Empresa Cooperativa Solidaria de Salud	1.606	0,81	2.954	1,42	83,94
Famisanar	1.667	0,84	2.908	1,40	74,45
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	2.151	1,09	2.588	1,24	20,32
Comfamiliar Huila	2.058	1,04	2.409	1,16	17,06
Convida	1.936	0,98	2.395	1,15	23,71

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

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

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

*No se incluyen las tutelas dirigidas contra IPS que prestan servicio al Magisterio.

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

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

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

Análisis de Oportunidad de los Servicios			
SERVICIO	PRO-MEDIO ANUAL	META	CUMPLIMIENTO
Oportunidad de asignación de citas en consulta médica general	5,36 días	Menos de 3 días	No, 2,36 días más de espera
Oportunidad en asignación de citas en consulta de odontología general	4,9 días	Menos de 3 días	No, 1,9 días más de espera.
Oportunidad de asignación de citas en consulta de medicina interna en el	17,2 días	Menos de 3 días	No, 14,2 días más de espera.
Oportunidad de asignación de citas en consulta de ginecología	9,62 días	5 días	No, 4,62 días más de espera.
Oportunidad de asignación de citas en consulta de pediatría	15,15 días	5 días	No, 10,15 días más de espera.

Fuente: Cálculo de los autores.

De acuerdo a esto, los servicios que fueron auditados presentan un desfase variable entre la meta esperada y la realidad. En promedio una persona que requiera una consulta médica general, consulta odontológica o medicina interna tarda entre 5,36 a 17,2 días en recibir la asignación de cita, si se tiene en cuenta que la meta para el 2018 era obtener este tipo de citas médicas en menos de 3 días, el promedio de desvío es de casi 6 días de la meta esperada, destacando el dato de 14,2 días de atraso promedio para las citas de medicina interna.

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

¿Qué le gustaría mejorar del establecimiento de Sanidad Militar?



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

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

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

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

General de Seguridad Social en Salud, del Régimen de la Ley 100 de 1993.

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

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

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

Dentro de este proceso analítico se encuentran inmersas un amplio número de Mesas de Trabajo **POR PARTE DE LA RED NACIONAL DE VEEDURÍAS PARA LA SALUD MILITAR Y POLICÍA** los diferentes grupos de la Fuerza Pública cobijados por este Sistema y que se han hecho partícipes voluntariamente para ayudar en la construcción de un mejor Sistema de Salud. Ha sido primordial para el **honorable Representante Carlos Eduardo Acosta Lozano** trabajar de la mano de todas las personas integrantes de estas mesas, como por ejemplo, el **Teniente Coronel (RA) José V. Urbina Sánchez** como Presidente de la Red Nacional de Veedurías de Salud MP, y de la Veeduría de Salud MP de Antioquia, **Vesmilpolant**, el señor Jefe Técnico (RA) **Jairo Mosquera** como representante de los Suboficiales RA ante el CSSMP y Presidente de la Asociación de Usuarios de la Salud Militar Milsaludmed, **SP (r) Francisco Lopera Ramírez**, PRESIDENTE DE LA VEEDURÍA CIUDADANA SANIDAD MILITAR REGIÓN CARIBE y **EL DOCTOR LINDON J. GAMBOA, QUIENES LIDERARON ESTA INICIATIVA DESDE EL AÑO 2017 HASTA SU RADICACIÓN FINAL.**

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

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

- Estructura organizacional inadecuada
- Deficiencia de un modelo de atención en salud para el SSFM
- Coberturas e indicadores de salud deficientes
- Rol y desempeño del Hospital Militar Central
- Ineficiencias operacionales (desde lo asistencial) en la prestación de servicios

- Tendencia a un desequilibrio financiero para el aseguramiento del plan de beneficios
- Ausencia de un Sistema de Información de Sanidad Militar.

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

ÁREA	PROBLEMÁTICAS
Para los usuarios del SSMP y el Modelo de Aseguramiento:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No existe un modelo de aseguramiento unificado en el SSMP. ▪ Las evidencias del seguimiento y evaluación que se realiza sobre las comunicaciones entre los usuarios afiliados al SSMP se encuentran orientadas a peticiones, quejas y reclamos. ▪ La información de la caracterización de la población afiliada presenta inconvenientes es inexistente por falta de gobernabilidad y calidad, que dificultan la labor de planeación de la atención en salud. ▪ No se cuenta con mecanismos de racionalización y gestión de riesgo en la prestación del servicio. ▪ No se identificaron mecanismos de concientización en las entidades aportantes respecto del impacto en el proceso de afiliación y recaudo.
El Modelo de Atención no corresponde a la realidad actual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No existe un modelo de atención unificado en el SSMP. ▪ En el SSFM el modelo de atención no está orientado a la atención de los usuarios y sus familias. ▪ El indicador de satisfacción del usuario del SSMP en las vigencias 2013 a 2018, es más bajo respecto a cada año anterior. ▪ No se evidencia una estrategia de atención centralizada en el SSMP orientada a gestionar el riesgo y dar seguridad al paciente. ▪ Riesgo de alto impacto para el SSMP relacionado con la calidad en la prestación de los servicios de salud y la seguridad del paciente. Igual a deterioro de la salud de usuarios, en el sistema. ▪ El SSMP no cuenta con la información, ni habilitadores que les permitan identificar y gestionar la demanda insatisfecha real. Es un desastre y pérdida superior.
Modelo de Operación:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operación altamente compleja, con poca estandarización de procesos e integración de sistemas de información. ▪ No existen procesos estandarizados ni sistemas de información transversales al interior del SSMP. ▪ Poca integración funcional. ▪ No existen procesos que habiliten la integración funcional de cara al usuario del Sistema.

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

PROYECTO DE LEY NÚMERO 265 DE 2022
CÁMARA

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

El Congreso de Colombia

DECRETA:

TÍTULO I

DEL SISTEMA DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICÍA NACIONAL

CAPÍTULO I

Composición y principios

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

Artículo 2°. *Objeto.* El objeto del SSMP es garantizar a sus afiliados y beneficiarios, el respeto, acceso y disfrute del derecho fundamental a la salud, mediante la prestación del servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, así como el servicio de sanidad inherente a las Operaciones Militares y del Servicio de la Policía Nacional, como parte de su logística y brindar la provisión de servicios de salud asistencial, dentro del marco de un Modelo de Atención en Salud contemplado en la ley.

Artículo 3°. *Definición del Sistema.* El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional es un conjunto interrelacionado de instituciones, organismos, dependencias, afiliados, beneficiarios, recursos, políticas, principios, fundamentos, planes, programas y procesos debidamente articulados y armonizados entre sí para el cumplimiento de la misión, cual es prestar el servicio público esencial obligatorio en salud a sus afiliados y beneficiarios, garantizándoles el disfrute del derecho fundamental a la salud.

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

Artículo 5°. *Principios.* Serán principios orientadores para la prestación de los servicios de salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional,

los consagrados en la Ley Estatutaria de Salud 1751/2015 son los siguientes:

a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.

b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el ciclo total de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad.

c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los distintos grupos vulnerables. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

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

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

a) Universalidad. Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.

b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.

c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.

d) Continuidad. Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.

e) Oportunidad. La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.

f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.

g) Progresividad del derecho. El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y

tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

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

i) Sostenibilidad. El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.

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

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

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

Artículo 6°. *Características y elementos.* Serán características propias del SSMP las siguientes:

a) Autonomía. El SSMP es autónomo y se regirá de conformidad con lo establecido en la Constitución, la Ley 1751, la presente ley y las demás normas que lo reglamente y desarrollen.

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

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

d) Unidad. El SSMP tendrá unidad de gestión, de tal forma que, aunque la prestación de servicios se realice en forma desconcentrada, descentralizada o contratada, siempre exista unidad de dirección y políticas, así como la debida coordinación entre los subsistemas y entre las entidades y unidades de cada uno de ellos.

e) Excepcionalidad. Serán características propias y excepcionales del SSMP la sanidad en campaña, la medicina aeroespacial, la medicina naval y del buceo para las Fuerzas Militares; y las actividades de salud para los grupos operativos de la Policía Nacional. Se incluyen las actividades de planeamiento médico, inteligencia y logística médicas para el desarrollo de estas.

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

CAPÍTULO II

Composición, autoridades y órganos encargados de la dirección del Sistema

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

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

a) Preparar los proyectos de ley y de decretos relacionados con la salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

b) Adoptar las normas necesarias para supervisar, evaluar y controlar el SSMP, en los ámbitos administrativos, financieros y técnicos.

Parágrafo. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional dependerá **DEL VICEMINISTERIO DE PLANEACIÓN Y ESTRATEGIA**, sus funciones serán asignadas por el Ministro de Defensa.

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

a) El Ministro de Defensa Nacional o Viceministro de Planeación y Estrategia, como su delegado, quien lo presidirá.

b) El Ministro de Hacienda y Crédito Público o su Viceministro como su delegado.

c) El Ministro de Salud o el Viceministro como su delegado.

d) El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto como su delegado.

e) El Comandante del Ejército Nacional o el Segundo Comandante como su delegado.

f) El Comandante de la Armada Nacional o el Segundo Comandante como su delegado.

g) El Comandante de la Fuerza Aérea o el Segundo Comandante como su delegado.

h) El Director General de la Policía Nacional o el Subdirector General como su delegado.

i) El Director del Departamento Nacional de Planeación o su delegado.

j) Un representante del personal de Oficiales de las Fuerzas Militares y Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del oficial fallecido o su suplente.

k) Un representante del personal de Suboficiales de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y

beneficiarios sustitutos de pensión del suboficial fallecido o su suplente.

l) Un representante del personal de Soldados Voluntarios, Soldados Profesionales o sus equivalentes Infantes de Marina en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos del soldado o infante fallecido o su suplente.

m) Un representante del personal de Agentes/Patrulleros de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión, de las viudas y beneficiarios sustitutos de pensión del agente fallecido o su suplente.

n) Un representante del personal civil pensionado del Ministerio del sector Defensa, las viudas y beneficiarios del civil fallecido o su suplente.

o) Un representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales del Ministerio del sector Defensa afiliados al SSMP, sus viudas o sus viudos o beneficiarios sustitutos de pensión o su suplente.

p) Dos profesionales de la salud, uno con especialización en Administración Pública Hospitalaria y uno en Salud Pública, designado por la Academia Nacional de Medicina o el Ministerio de Salud y Seguridad Social.

Parágrafo 1°. Los señores Director General de Sanidad Militar, Director General de Sanidad de la Policía Nacional, Director del Hospital Militar Central y Director del Hospital Central de Policía Nacional, podrán asistir por derecho propio a las sesiones del Consejo Superior con voz, pero sin voto.

Parágrafo 2°. Podrá asistir por derecho propio a las sesiones del Consejo Superior un representante de las veedurías nacionales en salud, del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de Policía. Este representante no tendrá voto y será elegido por las veedurías legalmente constituidas y registradas como tal en el Ministerio de Defensa.

Parágrafo 3°. El CSSMP se reunirá obligatoriamente una vez cada dos meses, por el término de una jornada de trabajo o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente o una mayoría de nueve (9) de sus miembros principales. Se establece quórum mínimo de diez miembros, para sesionar y tomar decisiones válidas.

Parágrafo 4°. Los representantes del personal de Oficiales, Suboficiales, Soldados Profesionales o Voluntarios, Infantes de Marina, Agentes de la Policía Nacional, en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares, civiles pensionados del Ministerio de Defensa Nacional y de los empleados públicos y trabajadores oficiales del Sector Defensa a que se refiere el presente artículo, serán elegidos a nivel nacional por mayoría de votos y para un período de dos años. Se establece un máximo de dos periodos consecutivos para cada representante a partir de la entrada en vigencia de la presente ley. Su inscripción se hará con su correspondiente suplente. El proceso de elección de los representantes de Oficiales, Suboficiales, Soldados e Infantes de Marina de las FF. MM., retirados o pensionados estará a cargo de la Dirección General de Sanidad Militar. El proceso de elección del representante de los civiles pensionados de las Fuerzas Militares y de Policía Nacional estará a cargo de la Dirección de Pensiones del Ministerio de Defensa Nacional. El proceso de elección de los representantes de los señores Oficiales, Suboficiales, Agentes/Patrulleros y civiles pensionados de la Policía Nacional, estará a cargo de la Dirección de Sanidad de la Policía.

Parágrafo 5°. Los representantes de los retirados o pensionados elegidos por voto popular para integrar el CSSMP y los Comités de Salud de las FF. MM. y de Policía, tendrán derecho a que se les reconozca el

valor de los pasajes, estadías y alimentación cuando viajen a la ciudad de Bogotá u otras ciudades donde se convoquen sesiones de estos organismos de dirección y administración. Este gasto será a cargo del fondo cuenta de cada subsistema.

Parágrafo 6°. Los miembros que actúen en calidad de delegados o suplentes de titulares del Consejo Superior o comités de salud de la FF. MM. o Policía, no podrán delegar esta responsabilidad.

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

a) Definir las políticas, planes, programas y prioridades generales del SSMP.

b) Señalar los lineamientos generales de organización, orientación y funcionamiento del SSMP teniendo en cuenta la organización interna de Comando General Fuerzas Militares, Comandos de Fuerzas, Hospital Militar Central y Policía Nacional.

c) Aprobar el anteproyecto de presupuesto general de los componentes del SSMP.

d) Aprobar el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policía, el modelo de atención en salud y los planes complementarios de salud, con sujeción a los recursos disponibles para la prestación del servicio de salud en el SSMP.

e) Determinar y reglamentar el funcionamiento de los fondos cuenta de cada subsistema conformados en la presente ley.

f) Aprobar los parámetros de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el SSMP, con base en los presupuestos disponibles en forma equitativa.

g) Aprobar los parámetros para adoptar las tarifas internas y externas en compra y venta de servicios de salud para el SSMP acorde a los estudios de mercado.

h) Determinar anualmente los parámetros que aseguren la atención preferencial de las necesidades de los afiliados y beneficiarios del Sistema y autorizar a las entidades y a los Establecimientos de Sanidad que conforman el SSMP para la prestación de servicios de salud a terceros.

i) Reglamentar los exámenes medicolaborales a que se refiere el Decreto número 094 de 1989 o las normas que lo deroguen, modifiquen o adicionen.

j) Disponer las políticas, estrategias, planes y programas de salud en apoyo de las operaciones militares y del servicio policial.

k) Aprobar el proyecto del plan de desarrollo del SSMP.

l) Aprobar los planes, programas, proyectos y propuestas normativas presentados a su consideración por los respectivos subsistemas.

m) Expedir los actos administrativos para el cumplimiento de sus funciones.

n) Expedir su propio reglamento.

o) Las demás que le señale la ley y los reglamentos.

Parágrafo. Quienes hagan parte del CSSMP no pueden a la vez integrar los Comités de Salud Militar o de Policía.

Artículo 11. *Secretaría del CSSMP*. La Secretaría Técnica del CSSMP será ejercida por el funcionario que designe el Ministro de Defensa Nacional. Las funciones de la Secretaría serán las siguientes:

a) Actuar como Secretario en las reuniones del Consejo y de sus comisiones.

b) Comunicar la convocatoria a las sesiones del Consejo conforme al reglamento y a las instrucciones impartidas por su Presidente.

c) Elaborar y suscribir las actas de las reuniones del CSSMP.

d) Llevar el archivo de todos los documentos, las actas, actos administrativos y demás actuaciones del Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

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

CAPÍTULO III

Del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares

Artículo 12. El Subsistema de Salud Militar, SSM, lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, **la DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD Y ASEGURAMIENTO DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES, Y LAS SUBDIRECCIONES DE SALUD EJÉRCITO NACIONAL, LA ARMADA NACIONAL, LA FUERZA AEREA COLOMBIANA, LA UNIDAD ESPECIALIZADA HOSPITAL MILITAR CENTRAL Y LAS UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD MILITAR.**

Artículo 13. *Comando General de las Fuerzas Militares en relación con Sanidad Militar.* Tendrá como funciones, en relación al recurso humano con que cuentan las Fuerzas Militares las siguientes:

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

b) Supervisar y evaluar la gestión de la dirección del subsistema.

c) Verificar asiduamente el cumplimiento de las políticas gubernamentales y del CSSMP, resoluciones ministeriales, acuerdos del CSSMP y directivas de la Dirección de Aseguramiento.

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

Artículo 14. *Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares.* La Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud Militar (DSAM) tendrá a su cargo la Dirección, administración, mando y control en los aspectos administrativo, presupuestal, técnico, legal, disciplinario y asistencial de las subdirecciones que la conformen. En todo caso deberá tener Subdirección de Servicios de Salud asistencial, Subdirección de Salud Operacional y Laboral, Unidades Centralizadoras, Unidad de Servicios compartidos, Unidad Especializada de Alta Complejidad Hospital Militar Central, Subdirección de Planeación, Garantía de la Calidad en Salud, Seguimiento y control y Asuntos legales. Constitúyase la Dirección de Sanidad y aseguramiento de la salud de las Fuerzas Militares, como una dependencia del Comando General de las Fuerzas Militares, cuyo objeto, además de lo ya establecido, es administrar el Fondo Cuenta del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, así como ejercer la dirección en materia de sanidad Asistencial y Operacional, control y administración del recurso humano e infraestructura de sanidad militar, la implementación,

vigilancia, seguimiento y control de las políticas y lineamientos que emita el CSMP bajo la coordinación del Comité de Salud de las Fuerzas Militares respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

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

a) Dirigir, planear, gerenciar, administrar y controlar integralmente el Subsistema de salud militar.

b) Administrar el talento humano al servicio del Sub Sistema Militar.

b) Presentar ante las instancias pertinentes las propuestas de ley, actos administrativos, planes, y programas que serán presentados al Comité de salud militar.

c) Dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos para la aprobación del CSSMP.

d) Gerenciar, efectuar el aseguramiento y promover el desarrollo del Subsistema, su sostenibilidad e implementar y ejecutar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos, evaluar sistemáticamente la calidad, eficiencia, eficacia y equidad de la red de servicios prestadores.

e) Administrar el Fondo - Cuenta del Subsistema de Salud Militar en los términos que establezca la ley.

f) Asegurar la prestación de los servicios de salud individual y colectiva con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, idoneidad, continuidad.

g) Realizar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del subsistema.

h) Impartir lineamientos, normas, instructivos, guías de manejo y demás herramientas que se consideren indispensables para hacer operativos los Acuerdos que apruebe el Consejo Superior de Salud Militar y Policial, así como fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación

i) Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSMP.

j) Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud.

k) Elaborar y someter a consideración del CSMP los Planes de Beneficios con sujeción a los recursos disponibles.

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

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

n) Asegurar el cumplimiento del plan de salud operacional de la Fuerzas Militares y el apoyo logístico.

o) Direccionar las políticas, lineamientos y programas del Modelo de Atención en salud y de la prestación de los servicios de salud desde la Atención Primaria en salud, escalando niveles de complejidad y observando el proceso de referencia y contra referencia.

p) Administrar el recaudo de contribución de los afiliados, el aporte patronal, UPC de soldados regulares, alumnos de las escuelas de formación, mayor valor de la

UPC, recursos ATEP, ingresos por ventas de servicios y otros ingresos.

q) Administrar y gerenciar el Sistema de Información para el Subsistema, dirigir su operación y funcionamiento de conformidad con sus necesidades.

r) Gestionar y administrar las fuentes de financiamiento establecidas en la presente ley y los recobros al ADRES.

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

t) Las demás que le asignen la ley y los reglamentos.

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

a) El Inspector General de las FF.MM., quien lo presidirá.

b) El Director de Personal del Ejército Nacional.

c) El Director de Personal de la Armada Nacional.

d) El Director de personal de la Fuerza Aérea.

e) Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.

f) Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.

g) El Jefe de la Oficina de Planeación del Ministerio de Defensa Nacional.

h) Un representante del personal de soldados e infantes de marina en goce de asignación de retiro o pensión

i) Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares.

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

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

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

Parágrafo 4°. El representante del personal en goce de asignación de retiro de las Fuerzas Militares o de pensión del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de las Fuerzas Militares, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un período de dos años, se fija un máximo de dos periodos consecutivos para los representantes de elección popular. El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:

a) La dirección de sanidad y aseguramiento de salud de las Fuerzas Militares para los literales e), f) y h), según reglamentación que expida la D.

b) Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional para el literal h), o quien haga sus veces, según

reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional.

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

Artículo 17. *Funciones del comité.* Son funciones del Comité de Salud de las Fuerzas Militares las siguientes:

a) Coordinar el desarrollo de las políticas, planes y programas que defina el CSSMP respecto del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

b) Discutir y aprobar preliminarmente sobre el Plan de Servicios de Sanidad Militar y el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema.

c) Analizar y aprobar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del SSM.

d) Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema.

e) Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal y emitir concepto sobre los mismos y sus sugerencias para mejorar el desempeño del Subsistema

f) Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, informes de gestión, informes de entes de Control y emitir recomendaciones y asesoría para el mejoramiento continuo.

g) Recomendar criterios y mecanismos para la evaluación del servicio de salud prestado a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares.

h) Verificar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias del Subsistema de Salud en el apoyo logístico a las operaciones propias de las Fuerzas Militares, en concordancia con las políticas que adopte el CSSMP.

i) Analizar la evaluación de la gestión de los Establecimientos de Sanidad Militar y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.

j) Asesorar al Director de Sanidad Militar en los asuntos que a juicio del Comité lo ameriten.

k) Darse su propio reglamento.

l) Las demás que les señalen la ley y los reglamentos.

Artículo 18. *Funciones asignadas a las Fuerzas Militares en relación al Subsistema de Salud Militar.* El Ejército, Armada Nacional y Fuerza Aérea Colombiana, tendrán las siguientes funciones.

a) Designar el representante de cada fuerza ante la dirección de aseguramiento, como subdirector de sanidad operacional. El CSSMP asignará las funciones en cada caso.

b) Poner a disposición del Comando General de las Fuerzas Militares, el personal Militar y Civil asistencial, supra especialistas, especialistas, médicos y odontólogos generales, tecnólogos, técnicos, auxiliares y otros de las Fuerzas Militares, que a su vez pasarán al control y administración de la dirección del subsistema de sanidad militar.

c) Disponer de los recursos de infraestructura, equipos y dotación de los hospitales y establecimientos de sanidad militar para la atención de los servicios de salud.

d) Proveer y brindar los apoyos administrativos, financieros, operativos y locativos, de acceso a las unidades de atención en salud.

Artículo 19. *Subdirecciones de Sanidad Operacional de las Fuerzas Militares*. Las Subdirecciones de Sanidad Operacional de cada una de las Fuerzas, serán dependencias orgánicas y estructurales de las mismas Fuerzas, las cuales cumplirán sus funciones en observancia de las directrices en materia de Salud bajo el Direccionamiento y Control de la Dirección General de Sanidad Militar, y serán las encargadas de administrar la prestación de los servicios de salud que se llevará a cabo a través de la Red de Servicios de Salud Integral, la Medicina Laboral y Salud Operacional.

Artículo 20. *Funciones de las Subdirecciones de Sanidad Operacional de las FM*. Serán funciones de las Subdirecciones de Sanidad Operacional de las Fuerzas Militares, en relación con la Salud de las Fuerzas Militares en el nivel prestador, las que le asigne la dirección de sanidad y aseguramiento.

Parágrafo. Las subdirecciones de sanidad operacional en relación con su respectiva Fuerza, tendrá las funciones de coordinar el desarrollo y operación de la Medicina Laboral y definición de Situación Medico Laboral del personal de su respectiva Fuerza, conforme a las facultades que le fueron conferidas por el Decreto ley 1795 de 2000; Coordinar y asesorar las acciones que desarrolle la Fuerza en la Salud Ocupacional o Seguridad e Higiene en el trabajo o sus equivalentes para el personal militar activo de la Fuerza; Asesorar y coordinar intra sectorial e intersectorialmente las acciones de gestión ambiental que realice la fuerza dirigidas a la población militar activa y las demás que le asigne su propia Fuerza.

Artículo 21. *Integración del Hospital Militar Central a la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de las Fuerzas Militares*. Intégrese el establecimiento público denominado Hospital Militar Central a la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de las Fuerzas Militares como una Unidad Especializada de Alta Complejidad para la atención de los servicios y atenciones del plan de salud general y operacional.

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

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

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

respectivos Establecimientos de Sanidad de las Fuerzas que se confluyen en el mismo, deberán atender a todos los usuarios que requieran atención en salud, sin importar el lugar de adscripción ni la fuerza a la que pertenecen.

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

Del subsistema de salud de la policía nacional

Artículo 23. *Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud Policial (DSSP)*. Créase la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de la Policía Nacional, como una dependencia orgánica bajo el mando del Director General de la Policía Nacional o su Subdirector.

Artículo 24. *Composición de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud Policial (DSAP)*. La Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de las Fuerzas Militares, tendrá a su cargo la Dirección, administración, mando y control en los aspectos administrativo, presupuestal, técnico, legal, disciplinario y asistencial del subsistema.

Artículo 25. *Funciones de la Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud Policial (DSAP)*. La Dirección de Sanidad y Aseguramiento de la Salud de la Policía Nacional, tendrá a su cargo las siguientes funciones respecto del Subsistema de Salud Policial (SSP).

a) Dirigir, planear, gerenciar, administrar y controlar integralmente el Subsistema de salud policial.

b) Administrar el talento humano al servicio del SSP.

c) Presentar ante las instancias pertinentes las propuestas de ley, actos administrativos, planes, y programas que serán presentados al comité de salud policial.

d) Dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos para la aprobación del CSSMP.

e) Gerenciar efectuar el aseguramiento y promover el desarrollo del Subsistema, su sostenibilidad e implementar y ejecutar el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de

recursos, evaluar sistemáticamente la calidad, eficiencia, eficacia y equidad de la red de servicios prestadores.

f) Administrar el Fondo - Cuenta del Subsistema de Salud Policial en términos que establezca la ley.

g) Asegurar la prestación de los servicios de salud individual y colectiva con criterios de calidad, oportunidad, eficiencia, equidad, idoneidad, continuidad.

h) Realizar la asistencia técnica y funcional en materia de salud, financiera, administrativa y legal a las diferentes dependencias del subsistema.

i) Impartir lineamientos, normas, instructivos, guías de manejo y demás herramientas que se consideren indispensables para hacer operativos los Acuerdos que apruebe el Consejo Superior de Salud Militar y Policial, así como fijar los criterios técnicos y jurídicos que faciliten el cumplimiento de tales normas y señalar los procedimientos para su cabal aplicación.

j) Elaborar los estudios y las propuestas que requiera el CSMP.

k) Orientar y promover el desarrollo tecnológico y la investigación en salud.

l) Elaborar y someter a consideración del CSMP los Planes de Beneficios con sujeción a los recursos disponibles.

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

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

o) Asegurar el cumplimiento del plan de salud operacional de la Policía Nacional y el apoyo logístico.

p) Direccionar las políticas, lineamientos y programas del Modelo de Atención en salud y de la prestación de los servicios de salud desde la Atención Primaria en salud, escalando niveles de complejidad y observando el proceso de referencia y contrarreferencia.

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

r) Administrar y gerenciar el Sistema de Información para el Subsistema, dirigir su operación y funcionamiento de conformidad con sus necesidades.

s) Gestionar y administrar las fuentes de financiamiento establecidas en la presente ley y los recobros al ADRES.

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

u) Las demás que le asignen la ley y los reglamentos.

Artículo 26. *Comité de Salud de la Policía Nacional.* El Comité de Salud de la Policía Nacional como órgano asesor y coordinador del SSM, estará integrado por los siguientes miembros:

a) El Director Operativo de la Policía Nacional;

b) El Director Administrativo de la Policía Nacional;

c) El Jefe de la Oficina de Planeación de la Policía Nacional;

d) El Subdirector Científico del Hospital de la Policía;

e) Un representante del personal de oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional;

f) Un representante del personal de suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de la policía nacional.

g) Un representante del personal de agentes y patrulleros en goce de asignación de retiro o pensión de la policía nacional.

h) Un representante del personal civil en goce de pensión de la policía nacional.

i) Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía Nacional.

Parágrafo 1°. El Director General de Sanidad Policial, el Director del Hospital Central podrán asistir por derecho propio a las reuniones del CSP con derecho a voz, pero sin voto.

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

Parágrafo 3°. El Comité de Salud de la Policía Nacional deberá reunirse una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con cinco de sus miembros y será presidido por el Oficial en servicio activo más antiguo en ausencia del señor Director operativo. La representación de los Miembros en el Comité es indelegable.

Parágrafo 4°. El representante del personal en goce de asignación de retiro o pensión de la Policía Nacional o del Ministerio de Defensa Nacional y el profesional de la salud de los empleados públicos y trabajadores oficiales de la Policía, serán elegidos por sus representados a nivel Nacional por mayoría de votos y para un período de dos años, se fija un máximo de dos periodos consecutivos para los representantes de elección popular. El proceso de elección de los representantes estará a cargo de:

a) La dirección de sanidad y aseguramiento de salud de la policía para los literales e), f) g) y h), según reglamentación que expida.

b) Recursos Humanos del Ministerio de Defensa Nacional para el literal i), o quien haga sus veces, según reglamentación que expida el Ministerio de Defensa Nacional.

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

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

a) Coordinar el desarrollo de las políticas, planes y programas que defina el CSSMP respecto del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

b) Discutir y aprobar preliminarmente sobre el Plan de Servicios de Sanidad Policial y el programa general de administración, transferencia interna y aplicación de recursos para el Subsistema.

c) Analizar y aprobar preliminarmente el anteproyecto de presupuesto y el proyecto del Plan de Desarrollo del SSP.

d) Aprobar los planes operativos anuales del Subsistema.

e) Analizar los informes financieros y de ejecución presupuestal y emitir concepto sobre los mismos y sus sugerencias para mejorar el desempeño del Subsistema.

f) Analizar los indicadores de gestión, encuestas de satisfacción, informes de gestión, informes de entes de Control y emitir recomendaciones y asesoría para el mejoramiento continuo.

g) Recomendar criterios y mecanismos para la evaluación del servicio de salud prestado a los afiliados y beneficiarios del Subsistema de Salud de la Policía Nacional.

h) Verificar el cumplimiento de los planes, programas y estrategias del Subsistema de Salud en el apoyo logístico a las operaciones propias de la Policía Nacional, en concordancia con las políticas que adopte el CSSMP.

i) Analizar la evaluación de la gestión de los Establecimientos de Sanidad Policial y emitir recomendaciones para los procesos de mejora.

j) Asesorar al Director de Sanidad Policial en los asuntos que a juicio del Comité lo ameriten.

k) Darse su propio reglamento.

l) Las demás que les señalen la ley y los reglamentos.

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

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

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

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

CAPÍTULO V

Modelo de aseguramiento

Artículo 29. *Aseguramiento*. Para efectos de la presente ley, el Aseguramiento en la Salud consiste en la gestión de la afiliación y el riesgo en salud de los usuarios, gerenciamiento y administración de los recursos

humanos, físicos, económicos, la provisión de bienes, insumos y materiales; y la articulación de los servicios que garanticen el acceso y prestación, goce efectivo de los servicios de salud prestados bajo el marco del Modelo de Atención en Salud y del Sistema de Garantía de la Calidad en Salud establecido por el CSMP.

Artículo 30. *Del sistema de información*. El Sistema de Información del SMP deberá contener los lineamientos y parámetros establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, así como también los necesarios para la administración y gestión del SMP de acuerdo con lo establecido por el CSMP.

Parágrafo. El Sistema de Información de Salud será implementado para cada uno de los Subsistemas y su implantación se realizará de conformidad con los lineamientos que determine el CSMP y el Ministerio de Defensa Nacional.

TÍTULO II

AFILIADOS Y BENEFICIARIOS DEL SISTEMA

CAPÍTULO I

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

1. Los afiliados sometidos al régimen de cotización: Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en servicio activo.

a) Los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional en goce de asignación de retiro o pensión.

b) El personal civil no uniformado activo o pensionado afiliado al SSMP bajo la vigencia de la Ley 263 de 1996.

c) El personal civil pensionado por el Ministerio de Defensa Nacional, el personal civil pensionado de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional y el personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993.

d) Los beneficiarios de pensión por muerte del personal uniformado en servicio activo de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

e) Los beneficiarios sustitutos de asignación de retiro o pensión por muerte del personal retirado o pensionado uniformado de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.

f) Los beneficiarios de pensión por muerte del personal civil pensionado del Ministerio de Defensa Nacional, del personal civil pensionado de las entidades descentralizadas adscritas o vinculadas al Ministerio de Defensa Nacional y del personal no uniformado pensionado de la Policía Nacional vinculados con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993.

2. Los afiliados no sometidos al régimen de cotización:

a) Los alumnos de las escuelas de formación de Oficiales y Suboficiales de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y los alumnos del nivel ejecutivo de la Policía Nacional, a que se refieren el artículo 225 del Decreto número 1211 de 1990, el artículo 106 del Decreto número 41 de 1994 y el artículo 94 del Decreto número 1091 de 1995 y las normas que los derogan, modifiquen o adicionen, respectivamente.

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

3. Los cotizantes dependientes:

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

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

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

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

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

No se admitirá como beneficiarios o beneficiarias del SSMP a los cotizantes de cualquier otro régimen de salud. En tal sentido, se dará aplicación a lo dispuesto en el inciso 5 del artículo 2.1.13.5 del Decreto número 780 de 2015 o normas que lo modifiquen o sustituyan., salvo los casos contemplados en el parágrafo 4° del artículo 27 de la presente ley.

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

a) El cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado. Para el caso del compañero (a) solo cuando la unión permanente sea superior a tres (3) años.

b) Los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges o compañero (a) permanente, que hagan parte del núcleo familiar o aquellos menores de 25 que sean estudiantes o que dependan económicamente del afiliado.

c) Los hijos mayores de 18 años con invalidez, que dependan económicamente del afiliado y cuyo diagnóstico se hayan establecido dentro del límite de edad de cobertura.

d) A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente e hijos con derecho, la cobertura familiar se extiende a los padres del afiliado, no pensionados que dependan económicamente de él.

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

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

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

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

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

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

a) Dar cumplimiento de las acciones que se desarrollen dentro del Modelo de Atención en Salud del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, que sean competencia del usuario o de su familia, en la previsión de riesgos en salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación, paliación y cuidado de la salud.

b) Cumplir con los requisitos y normas sobre afiliación, registro de la historia familiar y declaración del estado de salud establecidas para el SSMP.

c) Cumplir las normas establecidas para evitar incurrir en multifiliación con los otros regímenes especiales y los del Sistema General de Seguridad Social en Salud del cotizante o de sus beneficiarios.

d) Realizar el pago del valor correspondiente a la cuota única anual o proporcional al término faltante para la anualidad desde la fecha de ingreso, para sus beneficiarios, que se vinculen en calidad de cotizantes dependientes.

e) Hacer uso racional y adecuado de los servicios médico-asistenciales ofertados, cuidando la infraestructura sanitaria, materiales, bienes e insumos que se destinen para la provisión de los servicios de salud.

f) Responder por los daños que el afiliado o sus beneficiarios ocasionen en los bienes o instalaciones que sean dispuestos para su atención.

g) Hacer un uso adecuado e intransferible de los documentos o mecanismos de identificación que lo acreditan como afiliado del SSMP.

h) Mantener actualizados los datos de contacto en el sistema de información para el despliegue de las acciones en salud.

i) Respetar y tratar con dignidad la intimidad de los demás pacientes.

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

Parágrafo 2°. El derecho a los servicios de salud para los afiliados y beneficiarios enunciados en la presente ley, se extinguirán por las siguientes causas: · Para el cónyuge o el compañero (a) permanente:

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

Para los hijos:

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

- Por independencia económica.

Para los padres:

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

Artículo 35. *Entidades responsables.* El Ministerio de Defensa Nacional, Caja de Retiro de las Fuerzas Militares y Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, y entidades del Sector Defensa adscritas o vinculadas, tendrán según sea el caso, los siguientes deberes en relación con el SSMP:

a) Realizar el trámite de Afiliación ante las oficinas responsables al SM, a las personas enumeradas en el artículo 31 de la presente ley y registrar a sus respectivos beneficiarios.

b) Reportar mensualmente la información de la liquidación detallada del periodo de cotización de los aportes en salud de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el artículo 29 de la presente ley, en estructura que defina el CSMP,

c) Liquidar, descontar y girar al Fondo - Cuenta de cada Subsistema el aporte del patronal y el aporte del afiliado correspondiente a las cotizaciones en salud de los afiliados sometidos al régimen a que se refiere el artículo 29 de la presente ley.

d) Las fechas para el pago de los aportes en salud enunciados anteriormente son las establecidas en el Decreto número 1670 de 2007 o normas que lo modifique.

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

Artículo 36. *Planes Complementarios de Salud.* El SSMP permitirá la articulación y cobertura de planes complementarios en salud al Plan General de Sanidad Militar y de la Policía Nacional para sus usuarios, sean estos realizados por el mismo SSMP o por otras empresas administradoras de planes de beneficios, a los cuales se accederá de manera voluntaria; siempre y cuando el Plan Complementario no sustituya al Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial o viceversa.

TÍTULO III

DE LA FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SSMP

Artículo 37. *Cotizaciones.* La cotización al SSMP para los afiliados sometidos al régimen de cotización de que trata el literal a) del artículo 31 será del doce punto cinco por ciento (12,5%) mensual calculado sobre el ingreso base. El cuatro por ciento (4%) estará a cargo del afiliado y el ocho punto cinco por ciento (8,5%) restante a cargo del Estado como aporte patronal, el cual se girará al respectivo fondo cuenta a través de la Unidad de Gestión General del Ministerio de Defensa Nacional, Comando General de las Fuerzas Militares, Comando del Ejército Nacional, Comando de la Armada Nacional, Comando de la Fuerza Aérea Colombiana, Dirección General de la Policía Nacional, Prestaciones Sociales del Ministerio de Defensa Nacional, Caja de Retiro de las Fuerzas Militares, Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional y las entidades adscritas o vinculadas al Ministerio.

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

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

Artículo 38. *Cotizaciones cotizantes dependientes.* El valor de las cotizaciones dependientes de esta población, será el equivalente a una Unidad de pago por Capitación (UPC) del SGSSS, de acuerdo a la edad, y ubicación del cotizante dependiente, incrementada en el porcentaje que para tal efecto establezca el gobierno como mayor valor de la UPC, para conformar el valor de la PPCD

Parágrafo. Los activos de la fuerza pública que se encuentren en misionalidad de campaña recibirán un mayor valor de la UPC del 40%: hasta tanto el gobierno nacional a través de ministerio de salud y protección

social junto con el ministerio de hacienda y crédito público y ministerio de defensa desarrollará el modelo de la UPC de las fuerzas militares e incluirá una UPC diferencial para necesidades del servicio en territorio en campaña.

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

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

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

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

Artículo 41. *Aporte para la Atención en Salud de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional*. El aporte para la atención en salud de accidente de trabajo y enfermedad profesional, las atenciones de salud derivadas de las enfermedades profesionales o accidentes de trabajo, será el valor equivalente al cinco (5%) del valor total de la nómina de las Unidades Empleadoras de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, correspondiente al personal Uniformado.

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

Artículo 42. *Aportes del Gobierno Nacional*. El Gobierno nacional deberá apropiarse los siguientes recursos del presupuesto Nacional:

a) El aporte patronal de las cotizaciones de sus empleados, retirados y pensionados previstos en la presente Ley o las normas que lo modifiquen.

b) La diferencia entre el valor de la PPCD requerida para financiar el Plan de Servicios de Sanidad Militar y Policial con relación a la UPC del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El monto de estos recursos es el resultado de restar el numeral 2. del numeral 1. De acuerdo con la siguiente metodología de cálculo (1-2).

- Se multiplica el valor de la PPCD del SSMP por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.

- Se multiplica el valor de la UPC vigente por el número de afiliados sometidos al régimen de cotización y sus beneficiarios.

c) El valor de la PPCD de los afiliados no sometidos a régimen de cotización, el cual se establecerá

multiplicando el costo de la PPCD del SSMP por el número de afiliados no sometidos al régimen de cotización.

d) La diferencia del valor de la PPCD operacional con relación a la PPCD para el sector defensa.

e) El aporte para la prestación de la atención integral en salud de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, no podrá ser inferior al 5% del valor total de la nómina del Ministerio de Defensa Nacional.

f) Los recursos necesarios de inversión para cubrir los costos de adquisición de predios, la construcción y adecuación de infraestructura de las Unidades de Servicios de Salud Hospitales Militares y de Policía del Sistema de Salud Militar y de la Policía Nacional, costo de la adquisición, renovación y actualización tecnológica, dotación hospitalaria y demás inversiones necesarias para el cumplimiento de los requisitos de capacidad técnico científica en la atención en salud y los demás aspectos que deban cubrir con cargo a estos recursos en cada Subsistema, de conformidad con la reglamentación que expida el CSMP.

g) El costo de la adquisición y renovación tecnológica y demás inversiones necesarias para mantener y mejorar el servicio.

h) Los recursos extraordinarios que de acuerdo con las disposiciones presupuestales sitúe el Gobierno nacional para atender las necesidades del SSMP.

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

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

a) Los derivados de la prestación de servicios a usuarios del SSMP o a particulares, que sean ordenados por las autoridades judiciales y que permita el recaudo o el recobro a otras instancias.

b) Los derivados de la prestación o venta de servicios ambulatorios y hospitalarios por atención de urgencias médicas y procedimientos que 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 mencionado decreto o normas que lo modifiquen, adicione o deroguen.

d) Los correspondientes a recaudos por rendimientos y excedentes financieros.

e) Los derivados de transferencias provenientes de las Unidades Ejecutoras del Sector Defensa para contribuir al aseguramiento del SSMP.

f) Los derivados por convenios docencia servicio y de investigación.

g) Los derivados de la prestación de servicios de planes complementarios.

h) Los derivados de donaciones y otros recursos que reciba el SSMP.

i) Los demás que determinen las normas vigentes.

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

Los Fondos Cuenta tendrán el carácter de fondos especiales, sin personería jurídica ni planta de personal. Los recursos de los fondos serán administrados y ejecutados

en los términos que determinen el CSSMP, directamente por la Dirección De Sanidad y Aseguramiento de Salud de las Fuerzas Militares, y Dirección de Sanidad y Aseguramiento de Salud de la Policía Nacional, quienes harán la respectiva asignación de recursos a las unidades regionales de servicios de salud Militar y de Policía, que serán encargadas de ejecutarlos. En todo caso en la facturación de valores o costos por servicios en salud se debe discriminar si obedece a enfermedad común o enfermedad profesional los cuales serán discriminados y registrados a través de las centrales de costos. Los recursos podrán ser administrados por encargo fiduciario conforme a lo dispuesto en el Estatuto General de Contratación de la Administración Pública. Ingresarán a cada uno de los Fondos Cuenta los siguientes recursos según sea el caso:

a) Los ingresos por cotización del afiliado y por cotización correspondiente al aporte del Estado como aporte patronal.

b) Los aportes del Presupuesto Nacional con destino al respectivo Subsistema contemplados en los artículos 34, 35 y 36.

c) Recursos derivados de la venta de servicios o donaciones u otros recursos que reciba el Subsistema.

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

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

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

TÍTULO IV

DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

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

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

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

Parágrafo 2°. El Hospital Militar central prestará los servicios de salud que esté en capacidad de prestar de manera directa a los usuarios del sistema de sanidad militar, evitando la tercerización de servicios y cobros de intermediación, mediante la celebración de contratos o convenios interadministrativos a tarifas que compitan con otras instituciones prestadoras de servicios de salud,

de igual nivel de complejidad, tecnología y academia. Para el pago de estos servicios, se presentará dentro de términos establecidos en la ley las cuentas respectivas.

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

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

a) Prestar con prioridad, atención médica a afiliados y beneficiarios del SSMP.

b) Desarrollar programas en educación médica en pregrado, posgrado, enfermería y en otras áreas relacionadas con los objetivos del SSMP.

c) Adelantar estudios de investigación científica en áreas médicas, paramédicas y administrativas.

d) Promover el desarrollo y bienestar del personal que pertenece a la estructura orgánica del Hospital.

e) Una vez satisfecha la demanda de atención de servicios de salud del subsistema militar y de policía, podrá ofrecer servicios de salud a particulares.

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

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

a) El Ministro de Defensa Nacional o su delegado, quien lo presidirá

b) El Comandante General de las Fuerzas Militares o el Jefe de Estado Mayor Conjunto.

c) El Segundo Comandante del Ejército Nacional.

d) El Segundo Comandante de la Armada Nacional.

e) El Segundo Comandante de la Fuerza Aérea.

f) El Director General de Sanidad Militar.

g) El Jefe de la Unidad de Justicia y Seguridad del Departamento Nacional de Planeación.

h) El Subdirector del Sector Central de la Dirección Nacional de Presupuesto del Ministerio de Hacienda.

i) Un representante del personal de Oficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.

j) Un representante del personal de Suboficiales en goce de asignación de retiro o pensión de las Fuerzas Militares.

k) Un representante del cuerpo médico o paramédico del Hospital Militar Central escogido por el Ministro de Defensa Nacional de terna presentada por el Director General del Hospital, para un período de dos años.

l) Un profesional de la salud como representante de los empleados públicos, trabajadores oficiales y pensionados del Hospital Militar Central elegido por sus representados por mayoría de votos y para un periodo de dos años.

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

Parágrafo 2°. El Consejo Directivo del Hospital Militar Central deberá reunirse por lo menos una vez cada dos meses o extraordinariamente cuando lo convoque su presidente, podrá sesionar como mínimo con siete de sus

miembros y en ausencia de su presidente o su delegado, presidirá la reunión el oficial en servicio más antiguo.

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

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

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

a) Formular la política general del Hospital Militar Central, acorde con las directrices del Ministerio de Defensa Nacional, CSSMP, del Plan Nacional de Desarrollo y del Estatuto Orgánico del Presupuesto General de la Nación.

b) Formular la política para la prestación de los servicios de salud y el mejoramiento continuo del Hospital, así como los programas orientados a garantizar el desarrollo administrativo.

c) Evaluar periódicamente la gestión y la ejecución administrativa del Hospital.

d) Proponer al Ministro de Defensa Nacional las modificaciones que considere pertinentes a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal.

e) Aprobar u objetar los balances de ejecución presupuestal y los estados financieros y patrimoniales del Hospital.

f) Aprobar los anteproyectos de presupuesto de funcionamiento e inversión y los de adición y traslados presupuestales.

g) Vigilar y controlar los planes de inversión con arreglo a la ley y los reglamentos.

h) Adoptar el reglamento general sobre prestación de servicios de salud en el Hospital, así como sus modificaciones.

i) Autorizar al Director General del Hospital para negociar empréstitos de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

j) Orientar las metas y objetivos del Hospital Militar Central hacia la misión, funciones y actividades que cumplen las Fuerzas Militares.

k) Expedir, adicionar y reformar el Estatuto interno

l) Estudiar y aprobar los Planes de Desarrollo

m) Aprobar los Planes Operativos Anuales

n) Analizar y aprobar el Proyecto Anual del Presupuesto

o) Aprobar las tarifas internas y externas de conformidad con los parámetros establecidos por el CSSMP.

p) Controlar el funcionamiento general del Hospital, velando por la adecuada ejecución y desarrollo de su objeto social y de las políticas del CSSMP.

q) Estudiar y aprobar los balances de cada ejercicio; examinar las respectivas cuentas de conformidad con las normas vigentes y emitir concepto sobre los mismos y hacer las sugerencias para mejorar el desempeño Institucional.

r) Aprobar la organización interna del Hospital, su reglamento interno y su planta de personal, para su posterior aprobación por parte del Gobierno nacional.

s) Supervisar el cumplimiento de los planes y programas.

s) Enviar al Presidente de la República, la terna de candidatos para Director General.

t) Darse su propio reglamento.

u) Las demás que le señale la ley y los Reglamentos.

Artículo 52. *Director General.* El Director General del Hospital Militar Central es agente del Presidente de la República, será nombrado de terna enviada por la Junta Directiva del Hospital Militar Central y ejercerá, además de las que le corresponden como Director General de establecimiento público conforme a la ley, las siguientes funciones:

a) Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la ejecución de planes y programas y el cumplimiento de las funciones generales del Hospital.

b) Velar porque la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente, oportuna, equitativa y de calidad.

c) Ordenar los gastos, dictar los actos, realizar las operaciones y celebrar los contratos necesarios para el cumplimiento de los objetivos y funciones del Hospital de conformidad con las normas vigentes.

d) Nombrar y vigilar el personal subalterno, de acuerdo con las normas vigentes.

e) Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional y el CSSMP.

f) Desarrollar las políticas de salud y los programas que establezca el CSSMP y Consejo Directivo del Hospital.

g) Establecer mecanismos de control y calidad a los servicios de salud para garantizar a los usuarios atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.

h) Representar al Hospital judicial y extrajudicialmente y nombrar los apoderados que demande la mejor defensa de los intereses de la Institución.

i) Nombrar al personal y dar aplicación al régimen disciplinario previsto en las disposiciones legales.

j) Presentar a consideración del Consejo Directivo las modificaciones necesarias a la estructura orgánica, al estatuto interno y a la planta de personal, de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales y reglamentarias.

k) Velar por que la prestación de los servicios de salud se realice en forma eficiente, oportuna, equitativa y de calidad.

l) Presentar los informes que determine el Ministerio de Defensa Nacional, el CSSMP y su Consejo Directivo.

m) Las demás que le señale la Ley y el estatuto interno.

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

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

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

a) Las partidas que se le destinen en el presupuesto Nacional.

b) La venta de servicios de salud al personal afiliados y sus beneficiarios, al subsistema de sanidad militar y de Policía.

c) Los bienes que actualmente posee y los que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.

d) Los ingresos provenientes de la venta de servicios de salud a particulares, docencia e investigación científica.

e) Los ingresos provenientes de la venta de elementos que produzca el Hospital y el arrendamiento de las áreas que le son propias.

f) Los ingresos provenientes de empréstitos internos o externos que el Gobierno obtenga con destino al Hospital.

g) Los ingresos provenientes de las donaciones y subvenciones que reciba de las entidades públicas y privadas, Nacionales o Internacionales y de personas naturales.

h) Los bienes muebles e inmuebles que le retorne el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y que corresponden a los bienes que actualmente utiliza para el desempeño de sus actividades el Hospital Militar Central.

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 y por la ejecución de contratos suscritos con entidades o personas privadas.

i) Los demás bienes que adquiera a cualquier título, en su condición de persona jurídica.

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

Artículo 56. *Incentivos.* El Gobierno nacional podrá establecer un régimen de estímulos, los cuales en ningún caso constituirán salario, con el fin de fijar incentivos para promover el eficiente desempeño de los profesionales de la salud y los empleados del Hospital Militar Central. También podrá establecer estímulos para capacitación continua y créditos para la adquisición de vivienda y transporte.

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

TÍTULO V

MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD

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

Parágrafo 1°. Los Subsistemas de salud del SMP podrán implementar y desarrollar su propio modelo de salud en cumplimiento a lo descrito en el presente artículo.

Artículo 59. *Del componente de la gestión del modelo.* La gestión del modelo de la atención comprenderá el aseguramiento de las bases de datos de usuarios del SMP, gestión del riesgo en salud, análisis de la situación en salud, el aseguramiento financiero, la eficiencia de la gestión presupuestal, fortalecimiento de la gestión en competencias del talento humano, adecuación de la oferta y demanda en talento humano, infraestructura, equipos y dotación; así como los lineamientos para el ordenamiento de la red prestadora.

Artículo 60. *Del componente de la atención del modelo.* El componente de la atención dentro del SMP, deberá permitir el cumplimiento de los planes, programas y actividades descritas en la presente ley y en los lineamientos que determine al respecto el CSMP. Los elementos estructurales que contendrá este componente son:

a) Procedimientos para el acceso, agendamiento, y central de citas.

b) Procedimiento para la atención de los servicios de baja, mediana y alta complejidad, determinando los procedimientos y actividades de accesibilidad directa, atención en urgencias.

c) Redes integradas de servicios de salud.

d) Procedimiento para la atención en salud operacional de acuerdo a cada Subsistema.

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

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

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

Parágrafo 3°. adscripción en forma anual cada Subsistema... actualización del ordenamiento de su red prestadora.

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

TÍTULO VI

DE LAS DISPOSICIONES FINALES ARTÍCULO

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

Artículo 63. *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) La facultad de Medicina de la Universidad Militar “Nueva Granada”. acorde a lo establecido en la Ley 805 de 2003 o normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan

b) Escuelas de auxiliares de enfermería.

c) 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.

Artículo 64. *Función de los entes de formación.* Los entes de formación y desarrollo del recurso humano para la salud tendrán como norma que los servicios de docencia, investigación y extensión se programarán en función de la misión y de las necesidades del SSMP, acorde a las normas que los regulen.

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

Parágrafo. Reserva de las Historias Clínicas.

Artículo 66. *Régimen salarial y prestacional de los Servidores Públicos al Servicio del SSMP.* Los servidores públicos que pertenecen a la Planta de Servidores Públicos del Ministerio de Defensa Nacional al servicio de Sanidad Militar y de la Planta de Personal de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional, continuarán sometidos al mismo régimen salarial y prestacional establecido en la Ley 352 de 1997, garantizándoles sus derechos adquiridos.

Artículo 67. *Artículo Transitorio.* Los Acuerdos expedidos por el CSSMP con anterioridad a la fecha de publicación de esta ley, continuarán vigentes hasta tanto se modifiquen, adicionen o deroguen. 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 período para el cual fueron designados o elegidos.

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



CONTENIDO

Gaceta número 1418 - viernes 11 de noviembre de 2022

CÁMARA DE REPRESENTANTES

Págs.

PROYECTOS DE LEY

Proyecto de ley número 264 de 2022 Cámara, texto propuesto por medio de la cual “se exalta el Mapalé como una manifestación del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Nación, junto con las demás expresiones asociadas a este ritmo, como lo es el Festival Nacional del Mapalé y Música Folclórica, que se celebra en el municipio de Buenavista, en el departamento de Córdoba”.....	1
Proyecto de ley número 265 de 2019 Cámara, por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional”. y se dictan otras disposiciones.....	8

